

ANNEXE 5 – FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION OU L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Centre intégré
de santé et de
services sociaux de
la Montérégie-Centre

Québec

Formulaire d'autorisation pour l'administration de médicaments prescrits

Si l'enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école, au service de garde ou au camp de jour, vous devez remplir et signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera distribué sans cette autorisation écrite et signée.

IDENTIFICATION	
Nom et prénom de l'enfant :	Groupe repère :
Nom de la mère :	Date de naissance :
Nom du père :	
Téléphone à la résidence :	Téléphone au travail :
Autre numéro en cas d'urgence :	Nom de la personne :
MÉDICAMENT	
Nom du médicament :	
Dosage et Forme du médicament :	Moment/heure d'administration :
Durée du traitement :	
Effets secondaires prévisibles, si connus :	
Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien :	
Au réfrigérateur :	À la température de la pièce :
Consignes :	
☐ Médicament cessé Date :	
AUTORISATION	
Par la présente, j'autorise un membre du personnel, délégué par la direction de l'école, à distribuer à mon enfant le médicament, tel que prescrit par le médecin.	
Je reconnais que des risques sont associés à la prise de médicaments de mon enfant et que le personnel désigné ainsi que la direction d'école ne peuvent être tenus responsables des conséquences qui pourraient survenir à la suite de la prise de médicaments.	
Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale	Date

Notes :

- Les parents ont la responsabilité de fournir des consignes d'administration des médicaments claires et complètes au personnel désigné de l'école.
- Le médicament doit être présenté dans un contenant qui répond aux normes de sécurité (bouchon sécuritaire – contenant incassable).
- Le contenant doit porter l'étiquette de la pharmacie contenant les recommandations d'administration du pharmacien (copie disponible à la pharmacie).
- La dose requise pour la journée seulement doit être envoyée. (Dans le cas de prise régulière de médicaments, l'usage d'un pilulier est requis.)
- Advenant le cas où mon enfant ne prendrait plus le médicament ci-haut mentionné ou si la dose était modifiée en cours d'année, vous devez en aviser l'école par écrit.

REGISTRE DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'enfant : _____ Groupe : _____

Période du : _____ au : _____ Année : _____

Nom du médicament : _____

Dosage : _____ Heure prescrite : _____

Date	Heure de la distribution	Signature	Note