

ANNEXE I : DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS



DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS AUTORISATION PARENTALE

Les parents ont la responsabilité de fournir des consignes d'administration des médicaments claires et complètes au personnel désigné de l'école.

Si un formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) est disponible pour votre enfant, bien vouloir vous assurer que les informations concordent avec cette dernière.

Les médicaments (y compris les médicaments en vente libre) doivent être identifiés par une **étiquette de pharmacie**.

- Nom et prénom de l'enfant;
- Nom du médicament, posologie et moment de l'administration;
- Nom du prescripteur (à l'exception des médicaments en vente libre);
- Durée de traitement (si applicable) et date de péremption.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT	
Nom : _____	Prénom : _____
Date de naissance : _____	Code permanent : _____
Enseignant/titulaire/groupe tuteur : _____	
Nom du parent/tuteur légal : _____ Lien avec l'enfant : _____	

Médicaments remis en sachet ou regroupés (dosette ou pilulier) :

- OUI** Préciser les heures d'administration : _____
- NON** Fournir les informations demandées ci-dessous **pour chaque médicament non regroupé**

MÉDICAMENT N° 1

Nom du médicament : _____ Date de péremption : _____

Se référer au formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) pour la description et les consignes à suivre. **En l'absence de FADM**, remplir la section ci-dessous :

Forme du médicament : Comprimé Liquide/sirop Crème/onguent Gouttes Suppositoire
 Seringue pré-préparée insuline Stylo insuline Auto-injecteur d'épinéphrine
 Poudre nasale (Glucagon) Autre : _____

Posologie (dose) : _____ Heures d'administration/fréquence : _____

Consignes des parents et observations à rapporter :

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré :

Durée du traitement (si applicable) du : _____ au : _____

Mode de conservation particulier? Non Oui, préciser : _____

Médicament cessé Date : _____

MÉDICAMENT N° 2

Nom du médicament : _____ Date de péremption : _____

Se référer au formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) pour la description et les consignes à suivre. **En l'absence de FADM**, remplir la section ci-dessous :

Forme du médicament : Comprimé Liquide/sirop Crème/onguent Gouttes Suppositoire
 Seringue pré-préparée insuline Stylo insuline Auto-injecteur d'épinéphrine
 Poudre nasale (Glucagon) Autre : _____

Posologie (dose) : _____ Heures d'administration/fréquence : _____

Consignes des parents et observations à rapporter :

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré :

Durée du traitement (si applicable) du : _____ au : _____

Mode de conservation particulier? Non Oui, préciser : _____

Médicament cessé Date : _____

MÉDICAMENT N° 3

Nom du médicament : _____ Date de péremption : _____

Se référer au formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) pour la description et les consignes à suivre. **En l'absence de FADM**, remplir la section ci-dessous :

Forme du médicament : Comprimé Liquide/sirop Crème/onguent Gouttes Suppositoire
 Seringue pré-préparée insuline Stylo insuline Auto-injecteur d'épinéphrine
 Poudre nasale (Glucagon) Autre : _____

Posologie (dose) : _____ Heures d'administration/fréquence : _____

Consignes des parents et observations à rapporter : _____

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : _____

Durée du traitement (si applicable) du : _____ au : _____

Mode de conservation particulier? Non Oui, préciser : _____

Médicament cessé Date : _____

MÉDICAMENT N° 4

Nom du médicament : _____ Date de péremption : _____

Se référer au formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) pour la description et les consignes à suivre. **En l'absence de FADM**, remplir la section ci-dessous :

Forme du médicament : Comprimé Liquide/sirop Crème/onguent Gouttes Suppositoire
 Seringue pré-préparée insuline Stylo insuline Auto-injecteur d'épinéphrine
 Poudre nasale (Glucagon) Autre : _____

Posologie (dose) : _____ Heures d'administration/fréquence : _____

Consignes des parents et observations à rapporter : _____

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : _____

Durée du traitement (si applicable) du : _____ au : _____

Mode de conservation particulier? Non Oui, préciser : _____

Médicament cessé Date : _____

MÉDICAMENT N° 5

Nom du médicament : _____ Date de péremption : _____

Se référer au formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) pour la description et les consignes à suivre. **En l'absence de FADM**, remplir la section ci-dessous :

Forme du médicament : Comprimé Liquide/sirop Crème/onguent Gouttes Suppositoire
 Seringue pré-préparée insuline Stylo insuline Auto-injecteur d'épinéphrine
 Poudre nasale (Glucagon) Autre : _____

Posologie (dose) : _____ Heures d'administration/fréquence : _____

Consignes des parents et observations à rapporter :

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré :

Durée du traitement (si applicable) du : _____ au : _____

Mode de conservation particulier? Non Oui, préciser : _____

Médicament cessé Date : _____

MÉDICAMENT N° 6

Nom du médicament : _____ Date de péremption : _____

Se référer au formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) pour la description et les consignes à suivre. **En l'absence de FADM**, remplir la section ci-dessous :

Forme du médicament : Comprimé Liquide/sirop Crème/onguent Gouttes Suppositoire
 Seringue pré-préparée insuline Stylo insuline Auto-injecteur d'épinéphrine
 Poudre nasale (Glucagon) Autre : _____

Posologie (dose) : _____ Heures d'administration/fréquence : _____

Consignes des parents et observations à rapporter :

Si le médicament est donné au besoin, préciser la raison pour laquelle il doit être administré :

Durée du traitement (si applicable) du : _____ au : _____

Mode de conservation particulier? Non Oui, préciser : _____

Médicament cessé Date : _____

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 en être tenus responsables des conséquences qui pourraient survenir à la suite de la prise de médicaments.

J'informerais l'école de toutes modifications à la prescription des médicaments de mon enfant et mettrai à jour ce formulaire le cas échéant.

Signature du parent/tuteur légal : _____ Date : _____

Mises à jour du formulaire

Signature du parent/tuteur légal : _____ Date : _____

Signature du parent/tuteur légal : _____ Date : _____

Signature du parent/tuteur légal : _____ Date : _____