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

MÉDICAMENT Nº 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/fr	équence :			
Consignes des parents et	observations à rapporter :					
Si le médicament est do	nné au besoin, préciser la raison po	our laquelle il doit êt	tre administrá :			
	ille au besoill, preciser la raisoir po	•	·			
Durée du traitement (si a	applicable) du :	au :				
Mode de conservation pa	articulier? 🗆 Non 🗆 Oui, précis	ser :				
☐ Médicament cessé	Date:					
•						
MÉDICAMENT N° 2						
		Date o	le péremption :			
Nom du médicament : ☐ Se référer au formulai	ire d'administration des médicame n l'absence de FADM, remplir la sec	ents de la pharmacie				
Nom du médicament : ☐ Se référer au formulai les consignes à suivre. Er	re d'administration des médicame	ents de la pharmacie ction ci-dessous :	(FADM) pour la description et			
Nom du médicament : ☐ Se référer au formulai les consignes à suivre. Er	ire d'administration des médicame n l'absence de FADM , remplir la sec	ents de la pharmacie ction ci-dessous :	(FADM) pour la description et ☐ Gouttes ☐ Suppositoire			
Nom du médicament : ☐ Se référer au formulai les consignes à suivre. Er	ire d'administration des médicame n l'absence de FADM, remplir la sec Comprimé Liquide/sirop Seringue pré-préparée insuline	ents de la pharmacie ction ci-dessous : □ Crème/onguent □ Stylo insuline	(FADM) pour la description et ☐ Gouttes ☐ Suppositoire			
Nom du médicament : □ Se référer au formulai les consignes à suivre. En Forme du médicament :	ire d'administration des médicame n l'absence de FADM, remplir la sec	ents de la pharmacie ction ci-dessous :	(FADM) pour la description et ☐ Gouttes ☐ Suppositoire ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine			
Nom du médicament : Se référer au formulai les consignes à suivre. En Forme du médicament : Posologie (dose) :	ire d'administration des médicame n l'absence de FADM, remplir la sec Comprimé Liquide/sirop Seringue pré-préparée insuline Poudre nasale (Glucagon) Heures	ents de la pharmacie ction ci-dessous :	(FADM) pour la description et ☐ Gouttes ☐ Suppositoire ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine équence :			
Nom du médicament : Se référer au formulai les consignes à suivre. En Forme du médicament : Posologie (dose) : Consignes des parents et	ire d'administration des médicame n l'absence de FADM, remplir la sec Comprimé Liquide/sirop Seringue pré-préparée insuline Poudre nasale (Glucagon) Heures cobservations à rapporter :	ents de la pharmacie ction ci-dessous :	(FADM) pour la description et ☐ Gouttes ☐ Suppositoire ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine équence :			
Nom du médicament : Se référer au formulai les consignes à suivre. En Forme du médicament : Posologie (dose) : Consignes des parents et Si le médicament est doi	ire d'administration des médicame n l'absence de FADM, remplir la sec Comprimé Liquide/sirop Seringue pré-préparée insuline Poudre nasale (Glucagon) Heures c observations à rapporter :	ents de la pharmacie ction ci-dessous : Crème/onguent Stylo insuline Autre : d'administration/fr	(FADM) pour la description et Gouttes Suppositoire Auto-injecteur d'épinéphrine équence : tre administré :			
Nom du médicament : Se référer au formulai les consignes à suivre. En Forme du médicament : Posologie (dose) : Consignes des parents et Si le médicament est doi	ire d'administration des médicame n l'absence de FADM, remplir la sec Comprimé Liquide/sirop Seringue pré-préparée insuline Poudre nasale (Glucagon) Heures cobservations à rapporter :	ents de la pharmacie ction ci-dessous :	(FADM) pour la description et Gouttes Suppositoire Auto-injecteur d'épinéphrine équence : tre administré :			
Nom du médicament : Se référer au formulai les consignes à suivre. En Forme du médicament : Posologie (dose) : Consignes des parents et Si le médicament est doi Durée du traitement (si a	ire d'administration des médicame n l'absence de FADM, remplir la sec Comprimé Liquide/sirop Seringue pré-préparée insuline Poudre nasale (Glucagon) Heures cobservations à rapporter : nné au besoin, préciser la raison po	ents de la pharmacie ction ci-dessous : Crème/onguent Stylo insuline Autre : d'administration/fr our laquelle il doit êt	(FADM) pour la description et Gouttes Suppositoire Auto-injecteur d'épinéphrine équence : tre administré :			

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'informerai 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 :