



MOCLI60777

Installation : \_\_\_\_\_

### AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'école / camp de jour / vacances : \_\_\_\_\_

Coordonnées de la personne-ressource (si disponible) : \_\_\_\_\_

**En signant le document, je consens à ce que les informations inscrites sur le présent document soient transmises par l'école au CISSSMO, si nécessaire.**

#### IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Groupe repère : \_\_\_\_\_

Nom du parent/titulaire #1 : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Nom du parent/titulaire #2 : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Cocher la situation qui concerne votre enfant :

- Mon enfant est **capable** de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis  
 Mon enfant est **incapable** de prendre lui-même son médicament

#### MÉDICATION

| Médicament(s) | Posologie (Dose) | Voie(s) d'administration(s) | Heure(s) (hh:mm) d'administration | Problème de santé associé | Durée prévue du traitement |
|---------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------|
|               |                  |                             |                                   |                           |                            |
|               |                  |                             |                                   |                           |                            |
|               |                  |                             |                                   |                           |                            |
|               |                  |                             |                                   |                           |                            |
|               |                  |                             |                                   |                           |                            |
|               |                  |                             |                                   |                           |                            |

#### AUTORISATION

- J'autorise l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire à communiquer avec le pharmacien de mon enfant relativement à l'administration d'un médicament mentionné ci-haut, si nécessaire.
- J'ai pris connaissance des instructions d'administration des médicaments inscrites au verso de ce formulaire et je m'engage à les respecter.
- J'autorise les personnes désignées par la direction de l'école ou les responsables du camp de jour / vacances à administrer le (les) médicament(s) mentionné(s) ci-haut conformément aux directives inscrites sur l'étiquette de la pharmacie.
- Je reconnaiss que le personnel désigné administrera des médicaments à mon enfant, sans toutefois avoir reçu une formation officielle à cet effet.
- Je reconnaiss que je suis responsable de former et confier l'administration de la médication au personnel désigné, uniquement pour mon enfant.
- Je m'engage à communiquer à l'école ou au camp de jour / vacances, par écrit, tout changement au niveau de la médication de mon enfant.

Cette autorisation sera valide pour toute l'année scolaire en cours et/ou la durée de fréquentation du camp de jour / vacances, ou jusqu'à ce que le parent ou le titulaire de l'autorité parentale y mette fin.

Signature du parent/titulaire #1 : \_\_\_\_\_

Signature du parent/titulaire #2 (si requis) : \_\_\_\_\_

**INSTRUCTIONS CONCERNANT L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS  
EN MILIEU SCOLAIRE, INCLUANT LE SERVICE DE GARDE, ET EN CAMP DE JOUR / VACANCES**

Pour pouvoir être administré, tout médicament doit être :

- **Prescrit** au nom de l'enfant (aucun médicament en vente libre n'est autorisé);
- **Préparé** par un professionnel de la santé;
- **Prêt à être administré** sous forme d'unidose (dosette)
- **Identifié** selon les normes reconnues (l'étiquette doit clairement indiquer le nom de l'enfant, le nom du médicament, la dose, la voie d'administration, l'heure de la prise, la durée du traitement et la date d'expiration). De plus, doit contenir des directives d'administration bien indiquées (ex. : appliquer l'onguent en couche mince au niveau de l'aine droite).

**Il est demandé aux parents de :**

- S'assurer que le médicament (quel que soit le type ou la forme (ex. : sirop, crème, onguent, antibiotiques, etc.) a été prescrit par un professionnel de la santé.
- Remplir et signer le formulaire d'autorisation pour l'administration de médicaments. L'autorisation signée sera valide pour toute l'année scolaire en cours et/ou la durée de fréquentation du camp de jour / vacances, ou jusqu'à ce que le parent ou le titulaire de l'autorité parentale y mette fin.
- Demander à votre pharmacien la possibilité d'établir un horaire qui fait en sorte que le médicament soit pris aux heures de repas.
- Remettre la médication à l'école ou au camp de jour / vacances dans un contenant unidose (dosette) qui répond aux normes de sécurité, portant l'étiquette de la pharmacie et contenant seulement la dose pour la journée. Vous pouvez en faire la demande directement à votre pharmacien.
- Vérifier la date d'expiration du médicament et le remplacer au besoin.
- Aviser l'école ou le camp de jour / vacances, par écrit, en cas de modification de la prescription. Le médicament doit être dûment identifié avec l'étiquette de la pharmacie selon la nouvelle prescription.
- Aviser l'école ou le camp de jour /vacances, par écrit, advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament en question.
- Responsabiliser votre enfant face à sa médication et l'aviser qu'il ne doit en aucun cas échanger ou donner sa médication à d'autres jeunes et lui faire prendre conscience des conséquences que cela peut engendrer.