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

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS

Votre enfant doit recevoir un médicament pendant sa présence à l'école Paul-Chagnon. Nous vous demandons de compléter et de signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera distribué sans cette autorisation signée.

IDENTIFICATION :

Nom et prénom de l'enfant : _____Groupe : _____
Nom de la mère : _____ ☎ rés.:_____ ☎ tr.:_____
Nom du père : _____ ☎ rés.:_____ ☎ tr.:_____
Nom d'une personne substitut: _____ ☎ rés.:_____ ☎ tr.:_____

MÉDICATION :

Nom du médicament : _____Dosage:_____
Heure de la distribution: _____Durée prévue du traitement: _____
Effets secondaires prévisibles, si connus : _____
_____
Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____
_____
Prescrit par Dr: _____

AUTORISATION :

Par la présente, j'autorise un membre du personnel de l'école Paul-Chagnon, délégué par la direction, à distribuer à mon enfant le médicament, tel que prescrit par le médecin.

Je reconnais que le personnel du camp de jour accepte de distribuer un médicament à mon enfant seulement par souci de commodité. Je suis conscient que le personnel du camp de jour n'a pas l'expertise et les connaissances professionnelles relatives à la distribution des médicaments. De ce fait, je le dégage de toute responsabilité résultant de la distribution de médicaments.

_____ _____
Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale Date

NOTES :

1. Le médicament doit être présenté dans un contenant qui répond aux normes de sécurité (bouchon sécuritaire – contenant incassable).
2. Le contenant doit porter l'étiquette de la pharmacie (duplicata disponible à la pharmacie).
3. La dose requise pour la journée seulement doit être envoyée et doit être prête à distribuer. Pour certains cas particuliers, l'usage d'un pilulier pourrait être une mesure acceptable. L'étiquette de la pharmacie devra y être également apposée. Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament, vous devrez en aviser le camp de jour par écrit.
4. Advenant le cas où le dosage ou l'horaire de la prise du médicament était modifié, veuillez compléter immédiatement un autre formulaire d'autorisation.

REGISTRE DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'enfant: **Groupe:**

Nom du médicament **Dosage:** **Heure:**

Date	Heure de distribution	Signature	Notes