



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

## AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION/ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS Scolaire

Nom, prénom \_\_\_\_\_ Dossier # \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone #1 : \_\_\_\_\_ Téléphone #2 : \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ École \_\_\_\_\_

Toute médication doit être identifiée par un code de prescription médicale et les renseignements suivants doivent apparaître sur le contenant : le nom de la personne, le nom du médicament, la raison, la posologie, la date d'expiration et le nom du médecin qui a fait la prescription.

Je, \_\_\_\_\_, responsable de \_\_\_\_\_  
(titulaire de l'autorité parentale) (nom de l'élève)

autorise la direction de l'école ou son représentant à cette école, lequel peut être un membre du personnel, du service de garde ou tout autre intervenant se trouvant à l'école, à distribuer/administrer les médicaments suivants et à remettre le présent formulaire à l'infirmière de l'école :

<b>Nom du médicament :</b>	1)	2)
Raison de distribution/administration :		
Période de distribution/administration : Du _____ Au _____	SDG <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> <b>En urgence</b> <input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/> (Référer à l'infirmière)	SDG <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Au besoin <input type="checkbox"/> <b>En urgence</b> <input type="checkbox"/>
Dose :		
Voie d'administration  (Référer à l'infirmière lors d' <b>injection</b> ou lors d' <b>administration de médicament en lien avec une situation d'urgence</b> )	Par la bouche <input type="checkbox"/> nez <input type="checkbox"/> Sur la peau (ex.crème) <input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> : droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Oreilles <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Inhalation (voie respiratoire) <input type="checkbox"/> <b>Injection</b> <input type="checkbox"/>	Par la bouche <input type="checkbox"/> nez <input type="checkbox"/> Sur la peau <input type="checkbox"/> Yeux <input type="checkbox"/> : droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Oreilles <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> Inhalation (voie respiratoire) <input type="checkbox"/> <b>Injection</b> <input type="checkbox"/>
Heure :		
Réfrigération :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Prise lors de journée pédagogique :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Effets secondaires connus :		
Signature du titulaire de l'autorité parentale :		
Date :		

\* Pour l'auto-injecteur d'épinéphrine (Épipen ou Allerject), cette autorisation est valide pour toute la durée du primaire ou du secondaire s'il n'y a pas de changement dans la prescription médicale