

ANNEXE 5 – Formulaire d'autorisation pour la distribution ou l'administration de médicaments



Objet : Instructions concernant l'administration de médicaments en milieu scolaire, incluant le service de garde, et en camp de jour

Chers parents,

La présente est pour vous informer de la procédure mise en place concernant l'administration de médicaments prescrits pendant les heures de fréquentation. L'administration des médicaments est une mesure exceptionnelle qui pourra être effectuée seulement dans les situations suivantes :

- Lorsqu'il n'y a aucune possibilité de modifier les heures d'administration en dehors des heures de fréquentation, après vérification auprès du médecin ou du pharmacien.
- Lorsqu'il y a impossibilité pour le jeune de retourner chez lui, ou chez toute autre personne désignée par les parents, pendant la journée pour y recevoir sa médication.

Dans ces situations, le titulaire de l'autorité parentale est responsable de déterminer si son enfant est autonome pour la prise de sa médication. Toute demande d'administration de médicaments doit obligatoirement faire l'objet d'une demande de la part des parents en remplissant le formulaire Autorisation d'administration des médicaments.

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, sa date d'expiration, sa posologie et la durée du traitement).

Avant de procéder à l'administration des médicaments, le personnel désigné par l'école ou le camp de jour reçoit une formation par une infirmière qualifiée sur les principes d'administration sécuritaire. Celle-ci agit comme personne-ressource auprès des intervenants impliqués dans l'administration des médicaments aux jeunes, en collaboration avec les parents. Le personnel désigné doit suivre les directives établies par un professionnel de santé et par les parents.

Ces consignes ne s'appliquent pas pour les médicaments lors de situation d'urgence.

Vous devrez :

- Vous 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 jusqu'à la fin du traitement ou pour la durée de la fréquentation scolaire, ou jusqu'à l'expression de votre volonté de la retirer.
- 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 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, 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, 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.

Nous vous remercions de votre collaboration.

L'équipe d'infirmières cliniciennes du programme Santé publique et santé scolaire
du Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est.



000

N° dossier : _____
 Nom : _____
 Prénom : _____
 NAM : _____ Exp. : 20__ / __
 Date de naissance : ____ / ____ / ____ M F
Année Mois Jour

**AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE
MÉDICAMENTS PRESCRITS**

CH Pierre-Boucher <input type="checkbox"/>	CH Honoré-Mercier <input type="checkbox"/>	CH Hôtel-Dieu de Sorel <input type="checkbox"/>
Autre : _____		
Nom de l'école / camp de jour : _____		
IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE		
Nom et prénom de l'enfant : _____		Groupe repère : _____
Nom du parent #1 : _____		☎ rés. : _____ ☎ tr. : _____
Nom du parent #2 : _____		☎ rés. : _____ ☎ tr. : _____
Cocher la situation qui concerne votre enfant :		
<input type="checkbox"/> Mon enfant est capable de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis.		
<input type="checkbox"/> Mon enfant est incapable de prendre lui-même son médicament.		
MÉDICATION		
Nom du (des) médicament(s) prescrit(s) par un professionnel de la santé : _____		
Médicament(s) prescrit(s) pour le(s) problème(s) de santé suivant(s) : _____		
Durée prévue du traitement : _____		
Quantité/dose : Selon les directives inscrites sur l'étiquette de la pharmacie		
Moment prévu de l'administration :		
<input type="checkbox"/> Heure fixe : ____ : ____		
<input type="checkbox"/> Au besoin (préciser le(s) symptôme(s) que doit avoir l'enfant pour permettre l'administration du médicament) : _____		
AUTORISATION		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ J'autorise l'infirmière à communiquer avec le pharmacien de mon enfant relativement à l'administration d'un médicament susmentionné, 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 à administrer le (les) médicament(s) susmentionné(s) à mon enfant et à utiliser ce(ces) médicament(s) conformément aux directives inscrites sur l'étiquette de la pharmacie. ▪ Je reconnais que le personnel accepte d'administrer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, ceux-ci ne possédant pas de formation médicale. ▪ Je m'engage à communiquer tout changement par écrit. 		
Cette autorisation sera valide jusqu'à la fin du traitement ou pour la durée de la fréquentation scolaire ou du camp de jour, ou jusqu'à l'expression de notre volonté de la retirer.		
Nom et prénom du parent/titulaire de l'autorité parentale 1	Signature	Date : 20__ / __ / __ <small>Année Mois Jour</small>
Nom et prénom du parent/titulaire de l'autorité parentale 2 <small>(si requis)</small>	Signature	Date : 20__ / __ / __ <small>Année Mois Jour</small>