



MODALITÉS DE DISTRIBUTION OU D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

La distribution et l'administration de médicaments relèvent de la responsabilité du parent ou titulaire de l'autorité parentale.

Ainsi, dans la mesure du possible, nous vous invitons à demander au médecin, pharmacien ou professionnel de la santé de privilégier un médicament à action prolongée, de façon que le médicament puisse être administré à la maison.

La distribution ou l'administration de médicaments durant les heures scolaires demeure une mesure exceptionnelle. Avant qu'un médicament puisse être distribué ou administré à votre enfant à l'école, vous devez :

1. Remplir et signer le formulaire « Autorisation de distribution ou d'administration de médicaments » joint aux présentes consignes. Aucune distribution ou administration de médicaments prescrits ne sera effectuée sans cette autorisation dûment signée. Il est de votre responsabilité d'évaluer si la prise de médication nécessite une distribution ou une administration de médicaments, dépendamment de l'âge, de la maturité et des capacités de votre enfant.
2. Le formulaire et le médicament doivent être remis à la personne désignée par la direction de l'école.
3. Si un formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) est disponible pour votre enfant, bien vouloir vous assurer que les informations inscrites sur le formulaire d'autorisation concordent.
4. Toute médication doit être prescrite par un professionnel de la santé et prête à être distribuée ou administrée à votre enfant.
5. Le médicament doit être remis à l'école dans son contenant original reçu du pharmacien et accompagné de l'étiquette produite par la pharmacie au nom de l'enfant. Si nécessaire, vous pouvez demander au pharmacien un deuxième contenant avec l'étiquette pour la maison.
6. Les médicaments (y compris les médicaments en vente libre) doivent être identifiés par une étiquette de pharmacie.
7. Il est de votre responsabilité de fournir des consignes claires et complètes de distribution ou d'administration du médicament à l'école.
8. Vous devez aviser immédiatement l'école de toute modification de la prescription. Un nouveau formulaire devra être rempli et vous devrez y joindre une copie de la nouvelle prescription ou de l'étiquette de la pharmacie.
9. Vous devez assurer le renouvellement de la prescription du médicament lorsque nécessaire et reprendre le médicament, lorsque terminé.

Dans le cas où vous évaluez que votre enfant est complètement autonome, c'est-à-dire, qu'il puisse prendre lui-même sa médication sans qu'on lui rappelle, qu'on le supervise, qu'on lui remette ou qu'on lui administre, il n'est pas nécessaire de remplir l'autorisation de la page suivante. Dans ce cas, pour assurer la sécurité de l'ensemble des élèves, l'élève autonome dans la prise de sa médication doit apporter chaque jour à l'école **seulement la dose du médicament qu'il doit ou pourrait être appelé à prendre pour la journée**, et ce, dans le contenant sécuritaire fourni par le pharmacien avec l'étiquette. Le médicament doit être placé dans un endroit sécuritaire qui n'est pas accessible par les autres élèves.

L'école se réserve le droit de ne pas administrer ou distribuer un médicament si les consignes mentionnées plus haut ne sont pas respectées.

La présente autorisation est valide pour la durée du traitement. Dans le cas d'un traitement qui s'étend au-delà de l'année scolaire en cours, elle devra toutefois être renouvelée annuellement.

Formulaire d'autorisation de distribution ou d'administration d'un médicament à l'école

Nous vous demandons de remplir et de signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera distribué ou administré à votre enfant sans cette autorisation écrite.

Identification de l'élève

Nom et prénom de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Code permanent : _____

Nom de l'enseignant(e) : _____

Nom du parent 1 : _____

Téléphone de jour : _____

Nom du parent 2 : _____

Téléphone du jour : _____

Contact en cas d'urgence :

Nom : _____

Téléphone : _____

COCHEZ LA SITUATION QUI CONCERNE VOTRE ENFANT

- ☐ Mon enfant est **CAPABLE** de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis (**Distribution** du médicament).
- ☐ Mon enfant est **INCAPABLE** de prendre lui-même son médicament, car la personne désignée doit lui administrer (**Administration** de médicament).
- Cette demande sera automatiquement remise à l'infirmière de l'école pour évaluation. Notez que le parent ou un substitut devra assumer l'administration du médicament tant que la demande ne sera pas acceptée officiellement par l'école.

Médicament n° 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
☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine
☐ Autre : _____

Posologie (dose) : _____ Heures d'administration : _____
☐ En cas d'urgence

Consigne des parents et observations à rapporter : _____

Durée du traitement (si applicable) du : _____ au : _____

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : _____

☐ Médicament cessé Date : _____

AUTORISATION

1. J'autorise **la distribution / administration** du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
2. Je reconnais avoir pris connaissance des modalités de distribution et d'administration des médicaments jointe au formulaire d'autorisation.
3. J'autorise les personnes désignées par la direction de l'école ou l'infirmière, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date

Notes

1. Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament, vous devrez en aviser l'école par écrit.
2. Advenant le cas où le dosage ou l'horaire de la prise du médicament était modifié, veuillez remplir immédiatement un nouveau formulaire d'autorisation.

Médicament n° 2

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
☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine
☐ Autre : _____

Posologie (dose) : _____ Heures d'administration : _____
☐ En cas d'urgence

Consigne des parents et observations à rapporter : _____

Durée du traitement (si applicable) du : _____ au : _____

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : _____

☐ Médicament cessé Date : _____

AUTORISATION

1. J'autorise **la distribution / administration** du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
2. Je reconnais avoir pris connaissance des modalités de distribution et d'administration des médicaments jointe au formulaire d'autorisation.
3. J'autorise les personnes désignées par la direction de l'école ou l'infirmière, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date

Notes

1. Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament, vous devrez en aviser l'école par écrit.
2. Advenant le cas où le dosage ou l'horaire de la prise du médicament était modifié, veuillez remplir immédiatement un nouveau formulaire d'autorisation.

Médicament n° 3

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
☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine
☐ Autre : _____

Posologie (dose) : _____ Heures d'administration : _____
☐ En cas d'urgence

Consigne des parents et observations à rapporter : _____

Durée du traitement (si applicable) du : _____ au : _____

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : _____

☐ Médicament cessé Date : _____

AUTORISATION

1. J'autorise la **distribution / administration** du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
2. Je reconnais avoir pris connaissance des modalités de distribution et d'administration des médicaments jointe au formulaire d'autorisation.
3. J'autorise les personnes désignées par la direction de l'école ou l'infirmière, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date

Notes

1. Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament, vous devrez en aviser l'école par écrit.
2. Advenant le cas où le dosage ou l'horaire de la prise du médicament était modifié, veuillez remplir immédiatement un nouveau formulaire d'autorisation.