

## Annexe #4

### DEMANDE D'ADMINISTRATION OU DE DISTRIBUTION D'UN MÉDICAMENT DANS UNE ÉCOLE OU UN CENTRE DE FORMATION

#### PARTIE 1 - IDENTIFICATION

École :		No :	
Nom de l'élève :		Date de naissance :	
Nom du titulaire de l'autorité parentale :			
Téléphone résidence :	( ) -	Bureau :	( ) -
		Cellulaire :	( ) -

#### PARTIE 2 - MÉDICAMENTS

La présente consent à ce que les personnes autorisées (enseignant(e), secrétaire ou autre) par la direction de l'école ou du centre à administrer un médicament.	
Nom du médicament :	
Nom du médecin qui a complété la prescription :	
Problème de santé lié à cette prescription :	
<b>Protocole d'administration :</b> Posologie (quantité, fréquence et voie d'administration) :	
Durée du traitement :	
Effets secondaires prévisibles :	
Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien :	
Date d'expiration du médicament (s'il y a lieu) :	

#### PARTIE 3 - AUTORISATION

J'autorise l'administration de médicaments par les personnes autorisées de l'école. Je dégage les personnes autorisées de l'école et leur employeur (C.S.S.C.S.) de toute responsabilité pouvant découler des interventions demandées ou de tout effet secondaire ou résultat imprévu suite à ces interventions.

\_\_\_\_\_

Date Signature du titulaire de l'autorité parentale

Je consens à ce que les personnes autorisées de l'école et l'infirmière ou l'infirmier du CISSS consultent au besoin le médecin ci-haut mentionné.

\_\_\_\_\_

Date Signature du titulaire de l'autorité parentale

#### RETOURNER À LA DIRECTION DE L'ÉCOLE OU DU CENTRE DE FORMATION

**Réservé à la direction de l'école ou du centre de formation :**

Personnes autorisées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de la direction : \_\_\_\_\_