



Commission scolaire de Montréal

## AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

Il est de la plus grande importance que le personnel de l'école ne distribue de médicaments aux élèves que sur l'instruction spécifique et écrite des parents ou de ceux qui en tiennent lieu.

De même, la distribution de tels médicaments ne comporte aucune obligation pour le personnel de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport.

Aucun médicament ne peut être donné à un enfant **sans être accompagné d'une autorisation médicale écrite** (prescription).

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament font foi de **l'autorisation médicale**, donc toujours remettre le contenant original identifié au nom de l'enfant.

Le contenant du médicament doit indiquer le nom de l'enfant, le nom du médicament, sa date d'expiration, la posologie et la durée du traitement.

### AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

J'autorise le personnel de l'école ou du service de garde

\_\_\_\_\_

Nom du service

à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée :

\_\_\_\_\_

Semaine du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Durée du traitement : du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Le médicament doit-il être réfrigéré : Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

Fréquence et heure : \_\_\_\_\_

Quantité : \_\_\_\_\_

Voie de distribution : Inhalation (pompe) : \_\_\_\_\_ Orale : \_\_\_\_\_ Peau : \_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Téléphone du parent : \_\_\_\_\_

Téléphone en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

**NOM DU MÉDICAMENT :** \_\_\_\_\_

**NOM DE L'ENFANT :** \_\_\_\_\_

Date, heure et nom de la personne qui distribue le médicament :

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_