

## AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT

### DISTRIBUER UN MÉDICAMENT À L'ÉCOLE CONSTITUE UNE MESURE EXCEPTIONNELLE

**Dans la mesure du possible, demandez à votre médecin de prescrire, s'il s'agit d'un antibiotique, le médicament 2 fois par jour (matin et soir). Si vous ne pouvez faire autrement, demandez au pharmacien de prescrire le médicament ou le sirop, sous forme d'uni doses.**

Si votre enfant a besoin d'**EPIPEN**. Veuillez remplir le formulaire approprié, disponible à l'école.

#### AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT (S.V.P., écrire en lettres moulées)

J'autorise un membre du personnel de l'école à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée :

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

Date (s) d'administration : \_\_\_\_\_ Heure (s) d'administration \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Posologie (dose et fréquence : ) \_\_\_\_\_

(Voir étiquette du pharmacien, au besoin)

Moment de l'administration (ex. : au repas, heure), si au besoin, préciser à quel moment le donner : \_\_\_\_\_

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

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

Effets indésirables importants attendus : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_

Téléphone du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_

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

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

**Prévenir l'école de tout changement et de tout renouvellement de la prescription.**