

# ANNEXE I : DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Insérer logo  
de l'école

## DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS AUTORISATION PARENTALE

Les parents ont la responsabilité de fournir des consignes d'administration des médicaments claires et complètes au personnel désigné de l'école.

Si un formulaire d'administration des médicaments de la pharmacie (FADM) est disponible pour votre enfant, bien vouloir vous assurer que les informations concordent avec cette dernière.

Les médicaments (y compris les médicaments en vente libre) doivent être identifiés par une **étiquette de pharmacie**.

- Nom et prénom de l'enfant;
- Nom du médicament, posologie et moment de l'administration;
- Nom du prescripteur (à l'exception des médicaments en vente libre);
- Durée de traitement (si applicable) et date de péremption.

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Code permanent : \_\_\_\_\_

Enseignant/titulaire/groupe tuteur : \_\_\_\_\_

Nom du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

### Médicaments remis en sachet ou regroupés (dosette ou pilulier) :

- ☐ **OUI** Préciser les heures d'administration : \_\_\_\_\_
- ☐ **NON** Fournir les informations demandées ci-dessous **pour chaque médicament non regroupé**

### 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  
☐ Seringue pré-préparée insuline ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine  
☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heures d'administration/fréquence : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si le médicament est donné au besoin**, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée du traitement (si applicable) du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

☐ Médicament cessé Date : \_\_\_\_\_

### 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  
☐ Seringue pré-préparée insuline ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine  
☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heures d'administration/fréquence : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si le médicament est donné au besoin**, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée du traitement (si applicable) du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

☐ Médicament cessé Date : \_\_\_\_\_

### 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  
☐ Seringue pré-préparée insuline ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine  
☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heures d'administration/fréquence : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si le médicament est donné au besoin**, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée du traitement (si applicable) du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

☐ Médicament cessé Date : \_\_\_\_\_

### MÉDICAMENT N° 4

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  
☐ Seringue pré-préparée insuline ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine  
☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heures d'administration/fréquence : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si le médicament est donné au besoin**, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée du traitement (si applicable) du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

☐ Médicament cessé Date : \_\_\_\_\_

### MÉDICAMENT N° 5

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  
☐ Seringue pré-préparée insuline ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine  
☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heures d'administration/fréquence : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si le médicament est donné au besoin**, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée du traitement (si applicable) du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

☐ Médicament cessé Date : \_\_\_\_\_

### MÉDICAMENT N° 6

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  
☐ Seringue pré-préparée insuline ☐ Stylo insuline ☐ Auto-injecteur d'épinéphrine  
☐ Poudre nasale (Glucagon) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Posologie (dose) : \_\_\_\_\_ Heures d'administration/fréquence : \_\_\_\_\_

Consignes des parents et observations à rapporter : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si le médicament est donné au besoin**, préciser la raison pour laquelle il doit être administré : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durée du traitement (si applicable) du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Mode de conservation particulier? ☐ Non ☐ Oui, préciser : \_\_\_\_\_

☐ Médicament cessé Date : \_\_\_\_\_

**Je reconnais que des risques sont associés à la prise de médicaments de mon enfant et que le personnel désigné ainsi que la direction d'école ne peuvent en être tenus responsables des conséquences qui pourraient survenir à la suite de la prise de médicaments.**

**J'informerai l'école de toutes modifications à la prescription des médicaments de mon enfant et mettrai à jour ce formulaire le cas échéant.**

Signature du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

#### **Mises à jour du formulaire**

Signature du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature du parent/tuteur légal : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_