

Objet : Instructions concernant la distribution ou l'administration de médicaments
à l'école ou au service de garde

AUX PARENTS CONCERNÉS,

Nous recevons de plus en plus de demandes de parents à l'effet de distribuer ou administrer à leurs enfants des médicaments à l'école ou au service de garde. Considérant le sérieux de ce geste, certes très important pour la santé des enfants, mais non sans conséquence possible, nous avons décidé d'encadrer cette pratique. Des mesures ont donc été prises afin de permettre au personnel d'agir en toute sécurité et d'assurer aux enfants dont l'état de santé le requiert de recevoir adéquatement leur médication à l'école.

Seuls les médicaments prescrits par un médecin pour un problème de santé connu et ne demandant aucune évaluation de la part du personnel de l'école seront distribués à l'école. Conséquemment, nous refuserons de donner tous les médicaments achetés en vente libre ou sans diagnostic médical préalable.

Il est important de demander à votre médecin de prescrire tous médicaments tels antibiotiques, onguent, sirop, etc. que l'état de santé de votre enfant requiert. Dans la mesure du possible, ceux-ci devront être administrés en dehors des heures de fréquentation scolaire. Si ceci s'avère impossible, vérifier avec votre médecin ou votre pharmacien la possibilité de répartir la médication aux heures de repas.

De plus, vous devrez :

1. Remplir et signer le formulaire d'autorisation pour la distribution et/ou administration de médicaments remis par l'école.
2. Remettre la médication à l'école dans un contenant qui répond aux normes de sécurité (bouchon sécuritaire – contenant incassable), portant l'étiquette de la pharmacie et contenant seulement la dose pour la journée. Pour certains cas particuliers, l'usage d'un pilulier pourrait être une mesure acceptable. L'étiquette de la pharmacie devra également y être apposée.
3. Vérifier la date d'expiration du médicament et le remplacer au besoin.
4. Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament en question, veuillez en aviser l'école par écrit.

Nous vous remercions de votre collaboration.

FORMULAIRE D'AUTORISATION POUR LA DISTRIBUTION OU L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

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

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE:

Nom et prénom de l'enfant : _____ Groupe repère : _____
Nom de la mère : _____ ☎ rés.: _____ ☎ tr.: _____
Nom du père : _____ ☎ rés.: _____ ☎ tr.: _____

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** du médicament). Cette demande sera remise à l'infirmière de l'école pour évaluation.

MÉDICATION :

Nom du médicament : _____ Dosage: _____
Heure de la distribution ou administration: _____ Durée prévue du traitement: _____
Effets secondaires prévisibles, si connus : _____
Prescrit pour le problème de santé suivant : _____
Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____
Prescrit par Dr: _____ Date d'expiration du médicament : _____
** Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin, spécifier le moment et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament : _____

AUTORISATION :

1. J'autorise **la distribution** OU **l'administration** du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
2. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure de distribution ou d'administration de médicaments à l'école.
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.
4. Je reconnais que le personnel de l'école et du service de garde acceptent de distribuer ou d'administrer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, ceux-ci ne possédant pas de formation médicale.

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 compléter immédiatement un nouveau formulaire d'autorisation.

REGISTRE DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'enfant: _____ **Groupe:** _____

Nom du médicament _____ **Dosage:** _____ **Heure:** _____

Date	Heure de distribution	Signature	Notes