

AUTORISATION D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS ET DE PRODUITS NATURELS

Tel que prescrit au RSGEE

118. « Le prestataire de services de garde éducatifs doit s'assurer qu'aucun médicament destiné à un enfant qu'il reçoit n'est conservé ni administré que si son administration est autorisée par écrit par le parent et par un professionnel de la santé habilité par la loi à le prescrire. Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament font foi de l'autorisation de ce professionnel. Un prestataire de services de garde éducatifs ne peut conserver un médicament destiné aux enfants qu'il reçoit s'il est expiré. Si celui-ci est fourni par le parent, il doit le lui remettre »

119. « L'autorisation écrite du parent doit contenir le nom de l'enfant, le nom du médicament à administrer, les instructions relatives à son administration, la durée de l'autorisation et la signature du parent »

À L'USAGE DU PARENT **IDENTIFICATION** Nom et prénom de l'enfant : Nom du médecin traitant : **RENSEIGNEMENTS** Renseignements inscrits par le professionnel de la santé sur l'étiquette du contenant du médicament prescrit et du produit naturel : Nom du médicament ou du produit naturel à administrer : Posologie: Quantité prescrite : Heure (s) ou intervalles entre les doses : ______ Moment idéal de l'administration : ______ (à jeun, au repas, 2 heures après les repas) Voie d'administration : Mode de conservation (selon les indications du pharmacien) : ______ Durée du traitement au service de garde : ______ date : du _____ au ____ Raisons pour lesquelles le médicament est prescrit : Effets secondaires prévisibles, s'il y a lieu : **AUTORISATION** J'autorise la responsable du service de garde éducatif et son assistante et sa remplaçante occasionnelle en leur absence, à administrer à mon enfant ______le médicament prescrit et le produit naturel par le professionnel de la santé selon les renseignements fournis au formulaire. Signature du titulaire de l'autorité parentale Date



CONTRÔLE DE L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT PRESCRIT ET PRODUIT NATUREL

Date	Heure	Nom du médicament et produit naturel	Fourni par le parent		Dose	Nom de la personne qui a administré le médicament ou le	Signature de la personne qui a administré le médicament ou le
			Oui	Non		produit naturel	produit naturel
							_