

FICHE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nom de l'élève : _____

Nom du médicament : _____

Dose (quantité du médicament à administrer à la fois): _____

Période que le médicament sera administré : _____

De : (jour/mois/année) _____ À: (jour/mois/année) _____

Symptômes/Réactions reliés à la condition médicale :

Temps (heure) précis où le médicament doit être administré : _____

Avertissement spécial/Précaution à prendre : _____

Signature du parent/tuteur : _____

REGISTRE DE L'ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT

**À compléter à chaque fois que le médicament est administré.*

<i>Date</i>	<i>Médicament (nom)</i>	<i>Dose</i>	<i>Heure</i>	<i>Administré par (signature de l'employé)</i>

