Conseil scolaire du NORD-OUEST

DA 313D

FICHE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS
(Centre de la petite enfance - CPE)

Les renseignements personnels sont recueillis et traités conformément à l'article 33 (c) Freedom of Information and Protection of Privacy Act, R.S.A 2000, cF-25. Pour plus de renseignements, S.V.P. communiquez avec la secrétaire générale au bureau du Conseil scolaire du Nord-Ouest, au 780-624-8855 ou 1-866-624-8855.

Nous recommandons que si un enfant a besoin de prendre un médicament, que celui-ci soit pris à la maison sous la supervision du parent. Cependant, nous reconnaissons que ceci n'est pas toujours possible.

- Les parents sont responsables de fournir les médicaments pour leur enfant.
- L'éducateur n'est pas autorisé à administrer tout type de médicament à un enfant pris en charge sans le consentement des parents ou du parent fournissant le médicament.
- Les médicaments doivent être conservés dans un endroit sûr, verrouillé ou hors de portée des enfants et selon les instructions médicales.
- Les formulaires de consentement seront conservés dans le dossier de l'enfant sur place et doivent inclure des instructions détaillées sur le moment d'administrer le médicament.
- Les parents doivent fournir le médicament dans le contenant d'origine qui est correctement étiqueté et comprend des instructions pour l'administrer à l'enfant

Nom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

INFORMATIONS À REMPLIR PAR LE PARENT OU TUTEUR

Nom du médicament :	
Médicament fourni dans le contenant original avec les directives du médecin	☐ Oui ☐ Non
Raison de l'administration du médicament :	
Mode et voie d'administration du médicament :	
Dose (quantité du médicament à administrer à la fois) :	
Heure d'administration du médicament à l'école :	
Date de début de prise du médicament :	
Date de fin ou date de révision du médicament :	
Effets secondaires/ symptômes/ réactions reliés à la condition médicale :	

Conseil scolaire du NORD-OUEST

DA 313D

PARTIE RÉSERVÉE À L'EMPLOYÉE DU CPE, À REMPLIR EN PRÉSENCE DU PARENT	
Médicament reçu dans le contenant original	☐ Oui ☐ Non
Lieu d'emplacement du médicament :	
Avertissement spécial/Précaution à prendre :	

Signature du parent/tuteur : _____ Date :

Signature de l'employé du CPE : _____ Date :

REGISTRE DE L'ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT

À compléter à chaque fois que le médicament est administré.

Date	*Médicament (nom)*	*Dose*	*Heure*	*Administré par (signature de l'employé)*

Conseil scolaire du NORD-OUEST

DA 313D

REGISTRE DE L'ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT

À compléter à chaque fois que le médicament est administré.

Date	*Médicament (nom)*	*Dose*	*Heure*	*Administré par (signature de l'employé)*