

PLAN DE SOINS PERSONNALISÉ DE L'ÉLÈVE ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Nom de l'élève : _____	Date de naissance : _____
Enseignant : _____	Année d'études : _____
	Âge : _____

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Nom	Lien avec l'élève	Téléphone maison	Téléphone au travail	Cellulaire

SECTION RÉSERVÉE AU PARENT/TUTEUR

INFORMATION SUR L'ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT D'ORDONNANCE			
Formulaire d'autorisation rempli le :			
Formulaire d'autorisation mis à jour le :			
Nom du médicament : (selon l'étiquette du contenant d'origine)			
Date d'achat ou de délivrance :			
Date d'expiration :			
Date de début de l'autorisation :			
Date de fin de l'autorisation :			
Directives d'entreposage :			
POSOLOGIE DU MÉDICAMENT			
<input type="checkbox"/> Le médicament doit être administré selon la posologie suivante :			
Jour(s) de la semaine	Heure(s) de la journée/Intervalles	Quantité/Dose	Renseignements supplémentaires (si nécessaire)

ET/OU, DANS LE CAS D'UN MÉDICAMENT À ADMINISTRER AU BESOIN :

Le médicament doit être administré lorsque les symptômes physiques suivants sont observés :

--	--

Quantité/Dose :	
------------------------	--

AUTORISATION

Je demande et donne l'autorisation à l'école d'administrer le médicament indiqué (conservé dans son contenant original) selon les procédures du Csc MonAvenir et les directives du médecin.

Nom du parent ou tuteur : _____

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

Signature de l'élève : _____ Date : _____
(qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait à l'autorité parentale)

Signature de l'élève : _____ Date : _____
(qui a 18 ans et plus)

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉCOLE

Date de réception du consentement à l'école :	
---	--

- **UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE DEVRAIT ÉGALEMENT ÊTRE MIS DANS LA PLANIFICATION DE L'ENSEIGNANT POUR LE SUPPLÉANT.**
- **UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE DEVRAIT ÊTRE EMPORTÉ LORS DES SORTIES ÉDUCATIVES.**