

AUTORISATION DE DISTRIBUER UN MÉDICAMENT ALLERGIE

Collège Stanislas de Montréal.

Date: _____

Cher(s) parent(s),

Le personnel de l'école pourra distribuer le ou les médicaments **prescrits** à votre enfant si vous complétez et signez le présent formulaire.

Vous devez remettre le contenant original portant l'**étiquette** préparée par le pharmacien. Le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement doivent figurer sur cette étiquette. Notez que tout médicament sous forme de comprimé doit être remis dans une dosette.

ATTENTION : la distribution de médicaments ne comporte aucune obligation pour le personnel de poser un diagnostic ou de rédiger des observations ou un rapport.

SACHEZ QUE SI NOUS DONNONS LE BENADRYL OU UN MÉDICAMENT DE MÊME CLASSE À L'ÉCOLE, NOUS COMMUNIQUERONS AVEC VOUS AVANT ET **VOUS DEVREZ VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT IMMÉDIATEMENT**, CAR NOUS NE POURRONS ASSURER UNE SURVEILLANCE ÉTROITE ET CONSTANTE.

(SVP écrire en lettres moulées)

J'autorise un membre du personnel de l'école à distribuer le médicament suivant à mon enfant selon la posologie indiquée :

Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Classe : _____

Période du : _____ au : _____ Année : _____

Nom du médicament : _____

Posologie (dose et fréquence) : _____

Moment de l'administration (ex. : au repas, heure) _____

Si « au besoin », préciser à quel moment le donner : _____

Voie de distribution : Inhalation ☐ Orale ☐ Peau ☐

Le médicament doit-il être réfrigéré ? Oui ☐ Non ☐

Effets indésirables importants attendus : _____

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____

Téléphone du parent ou du titulaire de l'autorité parentale : _____

Téléphone en cas d'urgence : _____

Lien avec l'enfant : _____ Date : _____

Prévenir l'école de tout changement et de tout renouvellement de la prescription.