

CONFIDENTIEL

DEMANDE DE DISTRIBUTION D'UN MÉDICAMENT
OU POUR DISPENSER DES SOINS DE SANTÉ DANS UNE ÉCOLE
OU UN CENTRE DE FORMATION DE LA COMMISSION SCOLAIRE

NOM DE L'ÉCOLE : École du Grand-Voilier	
NOM DE L'ÉLÈVE :	DATE DE NAISSANCE :
NOM DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE :	
TÉLÉPHONE – RÉSIDENCE :	TÉLÉPHONE – TRAVAIL :

Compléter la partie 1 ou 2 du formulaire

PARTIE 1 – DISTRIBUTION DU MÉDICAMENT	
LA PRÉSENTE AUTORISE UN MEMBRE DU PERSONNEL (ENSEIGNANT, SECRÉTAIRE OU AUTRE) DÉSIGNÉ PAR LA DIRECTION DE L'ÉCOLE OU DU CENTRE À DISTRIBUER UN MÉDICAMENT.	
PROBLÈME DE SANTÉ :	•
NOM DU MÉDECIN :	•
NOM DU MÉDICAMENT :	•
POSOLOGIE (QUANTITÉ) :	•
PROTOCOLE D'ADMINISTRATION :	•
MOMENT DE LA JOURNÉE :	•
DURÉE DU TRAITEMENT :	•
EFFETS SECONDAIRES PRÉVISIBLES :	•
MODE DE CONSERVATION DU MÉDICAMENT SELON LE PHARMACIEN :	•
DATE D'EXPIRATION DU MÉDICAMENT, S'IL Y A LIEU :	•

PARTIE 2 – SOINS DE SANTÉ

LA PRÉSENTE AUTORISE UN MEMBRE DU PERSONNEL (ENSEIGNANT, SECRÉTAIRE OU AUTRE) DÉSIGNÉ PAR LA DIRECTION DE L'ÉCOLE OU DU CENTRE À DISPENSER LE SOIN SUIVANT :

PROBLÈME DE SANTÉ (LE DÉCRIRE) :

•

NOM DU MÉDECIN
PRESCRIVANT LE SOIN :

•

TYPE DE SOIN :

•

PROTOCOLE DES SOINS À
FOURNIR (DÉCRIRE LA
FAÇON DE PROCÉDER) :

•

MOMENT DE LA JOURNÉE :

•

DURÉE DU TRAITEMENT :

•

EFFETS SECONDAIRES
PRÉVISIBLES :

•

AUTRE INFORMATION
PERTINENTE (EX. : CONTRE-
INDICATIONS) :

•

AUTORISATION

J'AUTORISE LA DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS POUR MON ENFANT (PARTIE 1).

J'AUTORISE LES SOINS DE SANTÉ PRESCRITS POUR MON ENFANT (PARTIE 2).

J'AUTORISE AUSSI LA PERSONNE-RESSOURCE DÉSIGNÉE ET L'INFIRMIÈRE DU CENTRE LOCAL
DES SERVICES COMMUNAUTAIRES (CLSC) À CONSULTER AU BESOIN LE MÉDECIN IDENTIFIÉ CI-HAUT.

JE DÉGAGE LE PERSONNEL ET SON EMPLOYEUR DE TOUTE RESPONSABILITÉ POUVANT DÉCOULER
DES INTERVENTIONS DEMANDÉES OU DE TOUT EFFET SECONDAIRE OU RÉSULTAT IMPRÉVU SUITE
À CES INTERVENTIONS.

Signature de l'autorité parentale

Date

RÉSERVÉ AU PERSONNEL DE L'ÉCOLE

À RETOURNER À LA DIRECTION DE L'ÉCOLE OU DU CENTRE

PERSONNE DÉSIGNÉE :	•	DATE
PERSONNE DÉSIGNÉE :	•	DATE
DIRECTION DE L'ÉCOLE OU DU CENTRE :	•	DATE