ÉCOLE PAUL-BRUCHÉSI

1310 boul. Saint-Joseph Est
Montréal, Québec
H2J 1M2

Téléphone : (514) 596-5845
Télécopie : (514) 596-5847
Site web: http://www.csdm.qc.ca/bruchesi

Date : _____

Destinataires : Parents ou titulaire de l'autorité parentale

Expéditrice : Directrice de l'école

Objet : Distribution de médicaments prescrits ou non

Madame, Monsieur,

La présente est pour vous aviser que le personnel de l'école peut distribuer des médicaments prescrits ou non à votre enfant.

Pour ce faire, vous devez obligatoirement compléter le formulaire « Autorisation de distribuer un médicament » lorsque votre enfant doit recevoir un médicament à l'école. Le formulaire et le médicament doivent être remis à la secrétaire de l'école ou à la personne désignée.

Tous les élèves âgés de moins de 14 ans doivent prendre leur médicament devant la personne qui le distribue à l'école. Toutefois, les élèves âgés de 12 ou 13 ans fréquentant une école secondaire peuvent prendre eux-mêmes leur médicament moyennant votre autorisation écrite sur le formulaire « Autorisation de distribuer un médicament ».

Le médicament doit être remis obligatoirement dans un contenant reçu du pharmacien et accompagné de l'étiquette produite par la pharmacie. Vous devez voir au renouvellement de la prescription du médicament lorsque nécessaire.

Distribuer un médicament à l'école demeure une mesure exceptionnelle. Pour éviter de devoir le faire, nous vous demandons, lorsque possible, de faire prescrire à votre enfant un médicament suivant une posologie de 12 ou 24 heures. Ainsi, le médicament pourrait être pris à la maison évitant les risques d'omission ou de transport du médicament. Si impossible, s.v.p. le faire prescrire aux huit heures.

Merci de votre collaboration

Danielle Charland
Directrice

Commission scolaire de Montréal

AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT

Administrer un médicament à l'école constitue une mesure exceptionnelle.

Le personnel de l'école ne pourra distribuer de médicaments prescrits ou non aux élèves que si le parent ou le titulaire de l'autorité parentale complète et signe le présent formulaire.

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

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament font foi de l'autorisation des personnes autorisées à prescrire. Il importe donc de toujours remettre le **contenant original identifié au nom de l'enfant**. Sur cette étiquette doivent figurer le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement.

AUTORISATION DE D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT (S.V.P. 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 : _____

Nom du médicament : _____

Si ce médicament est pour contrer une allergie sévère préciser à quoi l'enfant est allergique:

_____

_____

Posologie (dose et fréquence) : _____

Préciser à quel moment le donner (dates et heures) _____

Voie de distribution : □ Inhalation (pompe) □ Orale □ Peau

Effets indésirables importants attendus : _____

N.B. : SI DE L'ÉPIPEN EST ADMINISTRÉ PAR L'ÉCOLE, LE 911 SERA CONTACTÉ

SI D'AUTRES CIRCONSTANCES NÉCESSITENT UN TRANSPORT À L'HOPITAL DE VOTRE ENFANT INDIQUER LESQUELLES :

_____

LE PARENT EST RESPONSABLE DE VOIR À CE QUE LES MÉDICAMENTS FOURNIS À L'ÉCOLE SOIENT REMPLACÉS LORSQUE PÉRIMÉS.

…VERSO

NUMÉRO DE LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE DE VOTRE ENFANT ET DATE D'EXPIRATION :

_____ exp. : _____

POUR VOUS REJOINDRE

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

Nom : _____ tél. cell : _____

Tél. Domicile : _____ travail : _____

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

Nom : _____ tél. cell : _____

Tél. Domicile : _____ travail : _____

Autre no de téléphone en cas d'urgence : _____

Lien avec l'enfant : _____ Date : _____

Signature du parent ou de l'autorité parentale pour l'autorisation de distribution de médicaments :

_____

Date : _____