



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR
LE PLAN DE GESTION DES MÉDICAMENTS
D'UN ÉLÈVE EN MILIEU SCOLAIRE

Nom de l'élève : _____ Date de naissance (J/M/A) : _____

Sexe : Féminin
 Masculin

NOM DU PARENT/TUTEUR : _____ NOM DU PARENT/TUTEUR : _____

Tél. domicile : _____ Tél. domicile : _____

Tél. travail : _____ Tél. travail : _____

Tél. cellulaire : _____ Tél. cellulaire : _____

PERSONNE À APPELER EN CAS D'URGENCE : _____

Tél. domicile : _____

Tél. travail : _____

Tél. cellulaire : _____

NOM DE LA PHARMACIE : _____

Tél. : _____

NOM DU MÉDECIN DE FAMILLE : _____

Tél. : _____

L'information donnée sera gardée par le personnel de l'école pour l'aider à répondre de façon appropriée aux besoins médicaux de votre enfant. Toute information contenue dans le dossier de l'élève sera protégée et utilisée selon les provisions de la *Loi d'accès à l'information et la protection de la vie privée* ainsi que selon la *Health Information Act*.

J'autorise le personnel de l'école à gérer et administrer le médicament de mon enfant selon le plan de gestion de médicament.

Je vais fournir les médicaments prescrits par le médecin dans leurs contenants originaux avec l'étiquette de la pharmacie. **L'horaire des doses de médicaments devrait être fait de façon à ce qu'un minimum de doses soient administrées à l'école.** Le médicament et les doses subséquentes seront fournis à l'école si nécessaire.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Signature d'un représentant de l'école : _____ Date : _____

Formulaire de consentement pour le plan de gestion des médicaments d'un élève en milieu scolaire

**Ce plan ne s'applique que pour les médicaments prescrits par un médecin*

Nom de l'élève : _____ Date de naissance (J/M/A) _____

Sexe : Féminin
 Masculin

		Médicament no 1	Médicament no 2	Médicament no 3	Médicament no 4
		<input type="checkbox"/> administré <input type="checkbox"/> surveillé	<input type="checkbox"/> administré <input type="checkbox"/> surveillé	<input type="checkbox"/> administré <input type="checkbox"/> surveillé	<input type="checkbox"/> administré <input type="checkbox"/> surveillé
Médicament reçu dans le contenant original		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Feuillet d'information sur le médicament fourni		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COMPLÉTÉ PAR LE PARENT	Nom du médicament				
	Effets désirés du médicament				
	Effets secondaires possibles				
	Plan d'action pour répondre aux effets secondaires				
	Dose du médicament				
	Façon d'administrer le médicament				
	Heure à laquelle administrer le médicament				
	Date de début de la médication				
	Fin ou révision de la médication				
	COMPLÉTÉ LORS DE LA RENCONTRE	Emplacement du médicament Administration/surveillance			
Nom de la personne qui administre/ surveille le médicament					
Nom du (de la) remplaçant (e) qui administre/surveille le médicament					
Instructions spéciales (veuillez attacher le document fourni par la pharmacie)					

Parent/tuteur : _____ Signature : _____ Date : _____

Représentant de l'école : _____ Signature : _____ Date : _____

Autre : _____ Signature : _____ Date : _____