

Formulaire A

Administration des médicaments

(Section 1 - À compléter par le parent/ tuteur; Section 2 - À compléter par le médecin)

Section 1

À compléter par le parent/ tuteur

Nom de l'élève: _____ NAISS.: _____
(En lettres moulées) JJ / MM/ AAAA

Adresse: _____

Nom du parent/tuteur: _____
En lettres moulées)

Téléphone (domicile) : _____ # cell : _____

Contact(s) d'urgence : _____
(En lettres moulées)

Téléphone (domicile) : _____ # cell: _____

École : _____

Année scolaire : _____

Niveau scolaire: _____ Classe : _____ Enseignant.e: _____

MCP: _____

Médicaments et traitement (urgent et non-urgent):

Je demande et autorise le Conseil scolaire francophone provincial (CSFP) à administrer à l'élève susmentionné les médicaments prescrits ou les médicaments d'urgence, ou le traitement décrit ci-dessous. Je dégage le CSFP, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador et tout membre du personnel de toute responsabilité juridique pouvant résulter de l'administration de ces médicaments ou de ce traitement. J'accepte également d'indemniser le CSFP et le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador contre toute réclamation faite par l'élève ou par toute autre partie découlant de l'administration à l'élève susmentionné d'un tel médicament ou d'un tel traitement.

Je reconnais en outre que les membres du personnel de l'école qui administrent les médicaments ou le traitement ne sont pas des personnes ayant reçu une formation médicale.

Permission du parent / tuteur(rice)

_____ Date: _____
Signature du parent/tuteur(rice) JJ / MM/ AAAA

Les renseignements personnels demandés sur ce formulaire sont amassés sous l'autorité de la Loi de 1997 sur les écoles ([Schools Act, 1997](#)) et seront utilisés pour la mise en oeuvre générale de la programmation scolaire et des services de soutien. Ces renseignements seront traités selon les provisions liées à la protection de la vie privée de la loi : [Access to Information and Protection of Privacy Act](#). Pour obtenir des renseignements supplémentaires par rapport à la collecte et à l'utilisation des renseignements, svp contacter votre direction d'école ou le coordonnateur ATTIPP du conseil scolaire au (709) 722-6324.

Section 2
À compléter par le médecin traitant

1. L'élève susmentionné a-t-il besoin de ce médicament/cette procédure administré(e)/exécuté(e) pendant les heures de cours pour pouvoir fréquenter l'école ?

OUI NON Si oui, expliquez ci-dessous :

TYPE D'INTERVENTION NÉCESSAIRE EN MILIEU SCOLAIRE : Administration de

médicament nécessaire? OUI NON

médicament d'urgence? OUI NON

2. Médicament(s) nécessaires (Non-urgence)

Médicaments non-urgents	Dosage et fréquence	Temps et méthode	But du médicament

3. Médicament(s) nécessaires (Urgence)

Médicaments urgents	Dosage et fréquence	Temps et méthode	But du médicament

4. Réactions possibles au(x) médicament(s)/traitement (symptômes, effets secondaires) et mesures correctives :

5. Type de stockage et de conservation/stockage requis pour les médicaments :

6. L'omission d'une seule dose ou d'un seul traitement sera-t-elle préjudiciable à la santé de l'élève ?
 OUI NON Si oui, quel est le plan d'action recommandé ?

7. L'administration de ce médicament nécessite-t-elle une formation ou un certificat médical ?
 OUI NON Si oui svp fournir des détails :

8. L'élève susmentionné est capable de/d' :
 auto-administrer* leur médicament sans supervision du personnel
 garder leur propre médicament en leur possession à cette fin.

***Si l'élève auto-administrera son médicament, un parent/tuteur doit compléter le formulaire Auto-administration de médicament par l'élève**

COMMENTAIRES:

Nom du médecin traitant (en lettres moulées) Numéros de téléphone:

Signature du médecin traitant

Date: _____
JJ / MM / AAAA

À L'USAGE EXCLUSIF DE L'ÉCOLE

- Formulaire D (Auto-administration de médicament) a été reçu, le cas échéant.
- Les formulaires du MÉ pour la gestion de l'anaphylaxie ont été complétés, le cas échéant.
- Les formulaires du MÉ pour la gestion du diabète ont été complétés, le cas échéant.

La demande est acceptée par la présente et des médicaments seront administrés à

conformément aux informations fournies.

Direction d'école : _____

Signature de la direction: _____

Date: _____

JJ/ MM/ AAAA

Note: Les copies originales des formulaires A, D et les formulaires du Ministère doivent être conservés dans le dossier confidentiel de l'élève.

Formulaire B

Auto-administration du médicament par l'élève - Formulaire de consentement et de décharge (À compléter par le parent/tuteur(ric(e)))

Registre quotidien pour l'administration du médicament

(Ce formulaire doit être conservé au même endroit que le médicament de l'élève)

Nom de l'élève : _____ Parent/Tuteur(ric(e)): _____

Adresse: _____ Tél.(domicile): _____ Tél.(travail): _____

Médecin traitant : _____ Tél. (médecin): _____

Adresse: _____ Médicament(s): _____

Date	QTY/Dosage	Méthode d'administration	Heure	Signature (employé(e))	Témoin	Commentaires/ Observations

Formulaire C

Année scolaire: _____

Médicaments et procédures : **Registre du bureau de l'école** (Conservé au bureau de l'école)

École: _____ Niveau: _____ Enseignant(e): _____

Nom de l'élève	Nom et # de tél. du médecin	Médicament (Qt.. en stock)	Raison pour le traitement	Dosage	Heures(s) d'administration	Parent/Tuteur(ric)	# de Tél / Domicile Travail	Contact(s) d'urgence

Formulaire D

Auto-administration par l'élève - Formulaire de consentement et de décharge (À compléter par le parent/tuteur(ric)e)

Nom de l'élève: _____ Date de naissance : _____
SVP écrire en lettres moulées **JJ / MM / AAAA**

Adresse:

Parent/Tuteur(ric)e: _____
(Lettres moulées)

de tél. à domicile : _____ # cell : _____

Contact(s) d'urgence : _____
(Lettres moulées)

de tél. au travail : _____ # cell : _____

École : _____

Année scolaire : _____

Niveau : _____ Classe : _____ Enseignant(e): _____

Médicaments prescrits*:

Je consens à ce que l'élève ci-dessus nommé administre lui-même ses médicaments comme décrit dans le formulaire : Administration des médicaments. Je dégage le CSFP, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador ainsi que tout membre du personnel de toute responsabilité légale concernant l'auto-administration des médicaments par l'élève ci-dessus nommé. J'accepte également d'indemniser le CSFP et le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador contre toute réclamation faite à tout moment par l'élève ou toute autre partie découlant de l'auto-administration des médicaments par l'élève ci-dessus nommé.

J'ai discuté de l'importance de la sécurité et de la gestion de ce médicament avec l'élève.

Signature du parent/tuteur(ric)e **Date: _____**
JJ / MM / AAAA

Les renseignements personnels demandés sur ce formulaire sont amassés sous l'autorité de la Loi de 1997 sur les écoles ([Schools Act, 1997](#)) et seront utilisés pour la mise en oeuvre générale de la programmation scolaire et des services de soutien. Ces renseignements seront traités selon les provisions liées à la protection de la vie privée de la loi : [Access to Information and Protection of Privacy Act](#). Pour obtenir des renseignements supplémentaires par rapport à la collecte et à l'utilisation des renseignements, svp contacter votre direction d'école ou le coordonnateur ATTIPP du conseil scolaire au (709) 722-6324.

