**Délégation pour l’administration des médicaments sur ordonnance médicale et en vente libre**

Document à remplir par la ou le responsable légal.e lors de l’admission de l’enfant ou lors d’un changement de médication.

Nous vous demandons aussi de bien vouloir nous remettre les copies des ordonnances médicales prescrits par une ou un médecin.

Date d’émission du document :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Allergie(s) si connue(s) : ❑ oui ❑ non Laquelle/lesquelles :

**Pour la ou le responsable légal.e** : si vous administrez à l’enfant un médicament inscrit ci-dessous avant son arrivée, il est impératif d’en informer la ou le référent.e de l’enfant de vive voix et d’envoyer un message écrit par courriel ou SMS, faute de quoi votre enfant risquerait de recevoir 2 doses !

Coordonnées de la ou le référent.e de votre enfant : Nom : Prénom :

Moyen de communication direct permettant la confirmation que le message a bien été reçu (téléphone, courriel ou SMS) :

En cas de médication d’urgence, merci de bien vouloir nous transmettre le protocole médical d’administration signé par une ou un médecin :

Epilepsie : ❑ oui ❑ non Allergie : ❑ oui ❑ non Asthme : ❑ oui ❑ non Piqûre d’insecte : ❑ oui ❑ non

Allergie alimentaire : ❑ oui ❑ non Autre :

**Pour la ou le responsable légal.e** : assurez-vous de la comptabilité du traitement médicamenteux inscrit ci-dessus auprès de la ou du médecin de votre enfant et/ou de la ou du pharmacien.ne. Ce contrôle n’est pas de la responsabilité de la structure qui accueille votre enfant.

Nom et prénom de la ou le responsable légal.e :

Signature de la ou le responsable légal.e :

Ce document doit être validé par l’infirmière ou l’infirmier, ou l’assistant.e en soins et santé communautaire (ASSC) :

Nom : Prénom :

Date : Signature :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments réguliers** sur ordonnance médicale et en vente libre | | | | | | | | | |
| **Heure de l’administration**  Heure précise, à midi, le soir, ou avant le coucher | **Nom du médicament et concentration** (exemple : 100mg = 1ml) | **Forme**  Comprimé, goutte, sirop, spray, suppositoire, effervescent | **Dosage à administrer**  mg, ml, gouttes | **Moyen de conservation**  air ambiant, réfrigérateur | **Voie d’administration**  Bouche, gastrostomie, sonde nasogastrique, yeux, nez, rectale  **Façon d’administrer**  À jeun, 10 minutes avant un repas, assis, couché | **Date du début du traitement** | **Date de fin du traitement** | **Après l’administration noter ses Initiales** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Pour le.a. référent.e : téléphonez au responsable légal.e avant d’administrer un médicament de réserver afin de vous assurer que l’enfant n’a pas déjà reçu un médicament à domicile. Faute de quoi il existe un risque de surdosage ! Cet appel permettra aussi de convenir de la suite de la prise en charge.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments DE RéSERVE** sur ordonnance médicale et en vente libre | | | | | | |
| **Nom du médicament et concentration** (exemple : 100mg = 1ml) | **Forme**  Comprimé, goutte, sirop, spray, suppositoire, effervescent | **Dosage à administrer**  mg, ml, gouttes | **Moyen de conservation**  air ambiant, réfrigérateur | **Voie d’administration**  Bouche, gastrostomie, sonde nasogastrique, yeux, nez, rectale  **Façon d’administrer**  À jeun, 10 minutes avant un repas, assis, couché | **Dans quelles conditions le médicament de réserve est-il administré ?** | **Après l’administration noter ses Initiales** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |