

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

Pour 7 jours Date du: Au:

Document à remplir par l.a.e responsable légal.e. et à remettre à l'infirmier.ère de l'établissement ou à la personne référente de votre enfant
Nous vous demandons aussi de bien vouloir nous remettre les copies des ordonnances médicales prescrits par un.e médecin.

Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant:

Allergie.s si connue.s : oui non Laquelle.s :

Pour l.a.e responsable légal.e : Si vous administrez à votre enfant un médicament inscrit ci-dessous avant son arrivée, il est impératif d'en informer l.a.e référent.e de votre 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 l.a.e 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 un.e médecin :

Epilepsie : oui non Allergie : oui non Asthme : oui non Piqûre d'insecte : oui non

Allergie alimentaire : oui non Autre :

Pour l.a.e responsable légal.e : Assurez-vous de la comptabilité du traitement médicamenteux inscrit ci-dessus auprès d'un.e médecin.

Ce contrôle n'est pas de la responsabilité de l'établissement qui accueille votre enfant.

Nom et prénom de l.a.e responsable légal.e :

Signature de l.a.e responsable légal.e :

Ce document doit être validé par un.e infirmier.ère :

Nom : Prénom :

Date : Signature :

Pour le.a référent.e de l'enfant: **Téléphoner au.à la responsable légal.e avant d'administrer un médicament de réserve.**

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						INITIALES											
Nom du médicament et concentration	Forme	Dosage à administrer	Moyen de conservation	Voie d'administration Façon d'administrer	Dans quelles conditions le médicament de réserve est-il administré ?	Date		Date		Date		Date		Date		Date	
						1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2