



École de la Traversée

563, rue Clément
Gatineau (Québec) J8P 3Y9
Tél. : 819 663-5983
Service de garde : 819 643-2878
traversee@cssd.gouv.qc.ca

Bienveillance - Collaboration - Positivité

LETTRE AUX PARENTS

Procédure relative à la distribution et à l'administration de médicaments dans les écoles nécessitant la contribution d'un intervenant en milieu scolaire

Chers parents,

La présente est pour vous informer de la procédure exigée par l'école concernant la prise de médicaments pendant les heures d'école. La distribution et l'administration des médicaments à l'école demeurent une mesure exceptionnelle. À noter que si votre enfant est malade, il devra rester à la maison jusqu'à ce que son état général soit satisfaisant.

Voici la procédure :

- ✚ Vous devez obligatoirement remplir et signer le formulaire d'autorisation au verso « Autorisation de distribution ou d'administration de médicaments ». Aucune distribution ou administration de médicaments prescrits ne sera effectuée sans cette autorisation dûment signée.
 - ✚ Il est de votre responsabilité d'évaluer si la prise de médication nécessite une distribution ou une administration de médicaments, dépendamment de l'âge, de la maturité et des capacités de votre enfant :
 - ✚ Distribution : enfant CAPABLE de prendre lui-même son médicament après qu'une personne désignée lui ait remis.
 - ✚ Administration : enfant INCAPABLE de prendre lui-même son médicament, la personne désignée doit lui administrer.
 - ✚ Le formulaire et le médicament doivent être remis à un adulte responsable soit au secrétariat, à l'enseignant ou au service de garde. Le médicament doit être remis à l'école dans son contenant original reçu du pharmacien et accompagné de l'étiquette produite par la pharmacie au nom de l'enfant. Si nécessaire, vous pouvez demander au pharmacien un deuxième contenant avec l'étiquette pour la maison.
 - ✚ Toute médication doit être prête à être administrée (ex. : dispill, seringue préremplie, unidose, etc.).
 - ✚ Vous devez aviser l'école de toute modification de la prescription, remplir un nouveau formulaire d'autorisation et joindre une copie de la nouvelle prescription ou de l'étiquette de la pharmacie s'il y a lieu.
 - ✚ Vous devez assurer le renouvellement de la prescription du médicament lorsque nécessaire et reprendre le médicament, lorsque terminé. Il est important de responsabiliser votre enfant face à sa médication et l'aviser qu'il ne doit en aucun cas échanger ou donner sa médication à d'autres élèves et lui faire prendre conscience des conséquences dangereuses que cela peut engendrer.
9. Dans le cas où vous évaluez que votre enfant est complètement autonome, c'est-à-dire qu'il peut prendre lui-même son ou ses médicaments sans qu'on lui rappelle, qu'on le supervise, qu'on lui remette ou qu'on lui administre, il n'est pas nécessaire de compléter l'autorisation au verso. Dans ce cas, pour assurer la sécurité de l'ensemble des élèves, l'élève autonome dans la prise de sa médication doit apporter chaque jour à l'école seulement la dose du médicament qu'il doit prendre pour la journée, et ce, dans le contenant sécuritaire fourni par le pharmacien avec l'étiquette. Le médicament doit être placé dans un endroit sécuritaire qui n'est pas accessible par les autres élèves.

Nous vous rappelons que la prise à l'école de médicaments prescrits demeure une situation d'exception. De ce fait, nous vous demandons de vérifier auprès du médecin ou du pharmacien, la possibilité de prescrire un médicament à action prolongée (dans la mesure où l'effet est équivalent) ou d'établir un horaire qui ferait en sorte que le médicament soit pris à la maison. Ainsi, les risques d'omission ou ceux liés au transport et à l'entreposage de médicaments seront diminués et cette mesure contribuera à assurer un milieu plus sécuritaire pour tous les élèves de l'école.

Sophie Lachance
Directrice

Merci de votre collaboration,



École de la Traversée

563, rue Clément
Gatineau (Québec) J8P 3Y9
Tél. : 819 663-5983
Service de garde : 819 643-2878
traversee@cssd.gouv.qc.ca

Bienveillance - Collaboration - Positivité

Autorisation de distribution et d'administration de médicaments

La présente autorise les personnes désignées (Mme Mélissa, Mme Chantal, Mme Joanne ou Mme Alannah) par la direction de l'école à distribuer ou administrer le ou les médicaments suivants à mon enfant.

Identification de l'élève

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____ Groupe : _____

Nom du parent : _____ Téléphone : maison _____ Travail / cell. : _____

Cochez la situation qui concerne votre enfant :

- ☐ **Distribution** du médicament (élève **CAPABLE** de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis)
- ☐ **Administration** du médicament (élève **INCAPABLE** de prendre lui-même son médicament, la personne désignée doit lui administrer). (Cette demande sera remise à l'infirmière de l'école pour évaluation)

Médicaments

Nom du médicament : _____ Posologie (quantité) : _____

Moment de l'administration (heure) : _____ Durée du traitement : _____

Prescrit pour le problème de santé suivant : _____

Effets secondaires prévisibles : _____

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien : _____
(Température pièce, réfrigéré, etc.)

Date d'expiration du médicament : _____ Médecin et coordonnées : _____

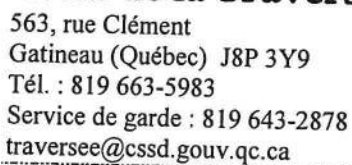
Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin, spécifier le moment et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament : _____

Autorisation

1. J'autorise ☐ la distribution OU ☐ l'administration du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
2. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure concernant la distribution et l'administration des médicaments au recto.
3. Je reconnais que des risques sont associés à la distribution et/ou à l'administration de médicament (ex : effets secondaires, résultats imprévus, etc.) et que les personnes désignées ainsi que le centre de services scolaire ne peuvent en être tenues responsables.
4. J'autorise les personnes désignées et l'infirmière scolaire à rencontrer mon enfant si nécessaire et à consulter au besoin le médecin identifié.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale _____

_____ Date

[illegible]