# Annexe A : AUTORISATION D’ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

**Nom de l’agence de services de garde en milieu familial** : **ST. JOHN BOSCO CHILDREN’S CENTRE ANGE-GABRIEL**

*Ce formulaire doit être rempli par le parent qui demande qu’un médicament soit administré à son enfant pendant les heures où il bénéficie de services de garde, conformément à la politique et aux procédures relatives à l’administration de médicaments de l'agence de services de garde en milieu familial.*

**Nom complet de l’enfant :** Cliquer ici pour saisir du texte.

**Date de naissance de l’enfant** (jj/mm/aaaa) **:** Cliquer ici pour saisir du texte.

**Formulaire d’autorisation rempli le** (jj/mm/aaaa)**:** Cliquer ici pour saisir du texte.

**Formulaire d’autorisation mis à jour le** (jj/mm/aaaa)**:** Cliquer ici pour saisir du texte.

| **Nom du médicament** (selon l’étiquette du contenant d’origine) **:** | Cliquer ici pour saisir du texte. |
| --- | --- |
| **Date d’achat ou de délivrance** (jj/mm/aaaa)**:** | Cliquer ici pour saisir du texte. |
| **Date d’expiration** (jj/mm/aaaa)**:** | Cliquer ici pour saisir du texte. |
| **Date de début de l’autorisation** (jj/mm/aaaa)**:** | Cliquer ici pour saisir du texte. |
| **Date de fin de l’autorisation** (jj/mm/aaaa ou continue) **:** | Cliquer ici pour saisir du texte. |

## Méthode d’administration des médicaments (dose initiale ci-dessous)

[ ] \_\_\_\_ Le fournisseur de services de garde en milieu familial doit administrer le médicament à mon enfant.

[ ] \_\_\_\_ Mon enfant s’administrera lui-même le médicament (facultatif; enfants allant à l’école seulement).

## Autorisation à l’enfant de porter sur lui son médicament d’urgence contre les allergies

[ ]  J’autorise mon enfant à porter son propre médicament contre l’asthme.

[ ]  Sans objet (cette autorisation ne concerne pas un médicament contre l’asthme)

## Posologie du médicament

[ ]  Le médicament doit être administré selon la posologie suivante :

| **Jour(s) de la semaine** | **Heure(s) de la journée / Intervalles** | **Quantité / Dose** | **Renseignements supplémentaires (si nécessaire)**  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cliquer ici pour saisir du texte. | Cliquer ici pour saisir du texte. | Cliquer ici pour saisir du texte. | Cliquer ici pour saisir du texte. |

## ET (OU), dans le cas d’un médicament à administrer au besoin :

[ ]  Le médicament doit être administré lorsque les symptômes physiques suivants sont observés :

Cliquer ici pour saisir du texte.

Quantité / Dose :

### Déclaration d’autorisation du parent ou tuteur

J’autorise par la présente Cliquer ici pour saisir du texte. (nom du fournisseur) à administrer le médicament susmentionné à mon enfant et à utiliser ce médicament conformément aux procédures que j’ai indiquées sur ce formulaire.

Je comprends qu’aucun médicament périmé ne sera administré à mon enfant, conformément à la politique d’administration de médicaments de l'agence de services de garde en milieu familial.

Je comprends que les fournisseurs de services de garde en milieu familial n'ont pas suivi de formation médicale sur l'administration de médicaments.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom en caractères d’imprimerie :** | **Lien avec l’enfant :**Cliquer ici pour saisir du texte. |
| **Signature :**  | **Signé le** (jj/mm/aaaa)**:**Cliquer ici pour saisir du texte. |

### Reçu par

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom en caractères d’imprimerie :** | **Rôle :**Cliquer ici pour saisir du texte. |
| **Signature :**  | **Signé le (jj/mm/aaaa) :**Cliquer ici pour saisir du texte. |

#### Réservé à l'agence ou au fournisseur

**Lieu d’entreposage des médicaments :**

**Date à laquelle le médicament a été remis au parent ou à la pharmacie** (jj/mm/aaaa)**:**

#### *Utilisation pour le centre de garde seulement*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DATE | Heure | Montant | Nom du personnel  | INITIALE |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |