



Directives - Plan de gestion des médicaments en milieu scolaire

Certains élèves ont besoin de prendre des médicaments prescrits par un médecin pendant les heures de classe. Pour assurer la gestion sécuritaire des médicaments pour ces élèves, tous les médicaments, prescrits par un médecin, donnés à l'école devraient être gérés selon les lignes directrices du formulaire « Plan de gestion des médicaments d'un élève en milieu scolaire ».

Cette politique s'applique aux médicaments administrés et gérés à court et à long terme. Cette politique ne s'applique pas aux médicaments en vente libre ni aux médicaments à base de plantes et qui ne doivent pas être administrés par l'école. *(Énoncé de la politique 1-9020 du CSCN)*

1. Remplir et signer le formulaire de gestion des médicaments d'un élève en milieu scolaire en vous servant de l'information sur le contenant du médicament et l'information remise par le pharmacien.
2. Apporter le médicament qui sera administré à l'école dans son contenu original avec l'étiquette de la pharmacie. L'horaire des doses d'un médicament devrait être de façon à ce qu'un MINIMUM de doses soit administré à l'école.

Dernière révision le 15 novembre 2021



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PLAN DE GESTION DES MÉDICAMENTS D'UN ÉLÈVE EN MILIEU SCOLAIRE

NOM DE L'ÉLÈVE : _____ DATE DE NAISSANCE (J/M/A) : _____

Sexe : Féminin
 Masculin

NOM DU PARENT / TUTEUR #1 : _____

Tél. primaire : _____

Tél. secondaire : _____

Tél. tertiaire : _____

NOM DU PARENT / TUTEUR #2 : _____

Tél. primaire : _____

Tél. secondaire : _____

Tél. tertiaire : _____

AUTRE PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (si différente de celles indiquées ci-dessus) :

_____ LIEN AVEC L'ENFANT : _____

Tél. primaire : _____

Tél. secondaire : _____

Tél. tertiaire : _____

L'information donnée sera gardée par le personnel de l'école pour l'aider à répondre de façon appropriée aux besoins médicaux de votre enfant. Toute information contenue dans ce dossier sera protégée et utilisée selon les provisions de la *Loi d'accès à l'information et la protection de la vie privée* ainsi que selon le *Health Information Act*.

J'autorise le personnel de l'école à gérer et administrer le médicament de mon enfant selon le plan de gestion des médicaments. (Cochez la case en guise de consentement)

Si l'enfant est atteint d'une allergie grave (ou anaphylaxie) pouvant être fatale, j'autorise le personnel de l'école à afficher le protocole d'urgence contenant les renseignements médicaux de mon enfant à un endroit stratégique (endroit seulement fréquenté par le personnel scolaire). (Cochez la case en guise de consentement)

Les médicaments devront être dans leur contenant original avec l'étiquette de la pharmacie. **L'horaire des doses d'un médicament devrait être fait de façon à ce qu'un MINIMUM de doses soit administré à l'école puis le personnel de l'école n'administrera aucun médicament en vente libre.**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LE PLAN DE GESTION
DES MÉDICAMENTS D'UN ÉLÈVE EN MILIEU SCOLAIRE

***Ce plan ne s'applique que pour les médicaments prescrits par un médecin**

Nom du médicament #1 : _____

Période du : _____ au _____ Année : _____

Posologie complète : _____

Voie d'administration : Inhalation (pompe) / Orale / Cutanée (crème) / Autre _____

Le médicament doit-il être réfrigéré? Oui / Non

Effets secondaires indésirables possibles : _____

Nom du médicament #2 : _____

Période du : _____ au _____ Année : _____

Posologie complète : _____

Voie d'administration : Inhalation (pompe) / Orale / Cutanée (crème) / Autre _____

Le médicament doit-il être réfrigéré? Oui / Non

Effets secondaires indésirables possibles : _____

Parent/tuteur : _____ Signature : _____ Date : _____

Rep. de l'école : _____ Signature : _____ Date : _____