



# Formulaire d'autorisation à administrer un médicament et fiche de traitement

(parapharmacie, homéopathie, traitement contre la fièvre, gouttes nasales sans antibiotiques, etc)

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## I : À remplir par un parent ou un tuteur de l'enfant

Je, \_\_\_\_\_ [nom du parent ou du tuteur], autorise le personnel de la maison d'enfants à administrer le médicament suivant à \_\_\_\_\_ [nom de l'enfant], conformément aux directives précisées ci-dessous.

Signature du parent ou du tuteur : \_\_\_\_\_

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quantité à administrer : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date(s) d'administration [à la maison d'enfants] : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heure(s) d'administration : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Directives spéciales : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entreposage : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_

Mon enfant a reçu \_\_\_\_\_ [nombre] doses à la maison.

Le médicament peut-il provoquer des effets secondaires? Précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Interrompez l'administration en présence des réactions suivantes : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**II: À remplir par l'éducatrice lors de  
l'administration du médicament**

Date	Heure	Quantité	Administré par (initiales)

Remarques : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_