



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 :

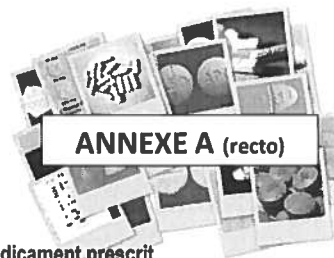
1. Vous devez **obligatoirement** remplir et signer le formulaire d'autorisation au verso « Autorisation de distribution ou d'administration de médicaments ». **Aucune distribution ou administration de médicaments prescrits ne sera effectuée sans cette autorisation dûment signée.**
2. Il est de votre 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.
*Toute médication doit être prête à être administrée, c'est-à-dire, qu'elle ne requiert pas de manipulation par l'intervenant
3. Le formulaire et le médicament doivent être remis à un adulte responsable soit au secrétariat, à l'enseignant ou au service de garde.
4. 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.
5. 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.
6. Vous devez assurer le renouvellement de la prescription du médicament lorsque nécessaire et reprendre le médicament lorsque terminé.
7. 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
8. 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.

Merci de votre collaboration, La direction de l'école



Commission scolaire
des Hautes-Rivières



ANNEXE A (recto)

Autorisation de distribution ou d'administration d'un médicament prescrit
(FORMULAIRE À REMPLIR ET À RETOURNER À L'ÉCOLE LE PLUS TÔT POSSIBLE)

La présente autorise les personnes désignées (enseignant, secrétaire, ou autre) par la direction de l'école à distribuer ou administrer le ou les médicaments suivants à mon enfant.

Nom de l'élève : _____
DDN: _____ Groupe : _____
Nom du parent : _____
Tél : maison _____ Travail : _____ cellulaire : _____

COCHER 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)

Distribution/ Administration de médicaments

Nom du ou des médicaments : _____
Posologie (quantité) : _____
Moment de la distribution / l'administration du ou des médicaments : _____
Le médicament est dans un pilulier (dosette scellée) oui non
Prescrit pour le problème de santé suivant : _____
Effets secondaires prévisibles : _____
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 : _____
Autres ou Particularités : _____

AUTORISATION

- J'autorise la distribution OU l'administration du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
- Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure concernant la distribution et l'administration des médicaments au recto.
- 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 la Commission scolaire ne peuvent en être tenues responsables.
- J'autorise les personnes désignées et l'infirmière scolaire à rencontrer mon enfant si nécessaire et à consulter au besoin le médecin identifié.
- Je déclare que les médicaments ou les soins ont été prescrits par le médecin et que celui-ci n'a pas d'objection à ce qu'ils soient administrés en milieu scolaire.
- Je m'engage à communiquer tout changement par écrit.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité parentale

Date

SVP RETOURNER À LA SECRÉTAIRE DE L'ÉCOLE

Reçu le :