

Responsabilités des parents ou tuteurs : Informer l'école et le service infirmier des changements concernant l'état de santé de votre enfant durant l'année scolaire.

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom, Prénom :	Date de naissance :
No assurance maladie :	

IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

Nom, Prénom :	Lien :
---------------	--------

IDENTIFICATION DES CONTACTS EN CAS D'URGENCE (EN ORDRE DE PRIORITÉ)

1. Nom, prénom :	Tél. :	Lien :
2. Nom, prénom :	Tél. :	Lien :
3. Nom, prénom :	Tél. :	Lien :

IDENTIFICATION DES INTERVENANTS DE LA SANTÉ

Médecin de famille :	Pédiatre :
Intervenant CSSS :	Intervenant CRDITED :
Intervenant CRE	Cliniques spécialisées :

MÉDICATION

RESPONSABILITÉS DES PARENTS OU TUTEURS :

1. Informer l'école et le service infirmier si l'administration de médication est nécessaire lors de la fréquentation scolaire et/ou service de garde (Ceci inclus : l'identification des médicaments pour le début de l'année scolaire ET tout changement en cours d'année scolaire).
2. IDENTIFICATION MÉDICATION :
 - ✓ DOIT ÊTRE EFFECTUÉE PAR UN PHARMACIEN EN TOUT TEMPS.
 - ✓ Tous les médicaments à administrer par le personnel désigné lors de la fréquentation scolaire ou au service de garde doivent être identifiés au nom de l'enfant incluant la dose à administrer, l'heure à administrer et les directives pour leur administration.
3. FORMULAIRE D'ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS (FADM):
 - ✓ Veuillez fournir un FADM à l'école, demander ce formulaire à votre pharmacien.
 - Si votre enfant prend des médicaments de façon régulière, veuillez-vous **assurer de fournir le FADM de façon régulière** (veuillez questionner votre pharmacien pour connaître la fréquence de renouvellement du FADM).
4. ACÉTAMINOPHÈNE
 - ✓ Afin que votre enfant puisse recevoir de l'acétaminophène à l'école pour douleur, fièvre ou autre condition, celui-ci doit être prescrit et respecter l'identification des médicaments ci-haut (point 1.). Veuillez-vous référer à votre pharmacien ou médecin de famille afin qu'il soit prescrit à votre enfant.

Date du jour : _____ POIDS : _____ Taille : _____

Prendre note que le poids et la taille de votre enfant pourraient vous être demandé à nouveau en cours d'année scolaire.

PROBLÈMES DE SANTÉ

PROBLÈMES	OUI	NON	TRAITEMENTS ET SPÉCIFICATIONS	
Allergie (SI OUI, SPÉCIFIEZ SVP)				
Intolérance (SI OUI, SPÉCIFIEZ SV)				
Diabète				
Épilepsie				
Asthme ou problème respiratoire				
Maladie peau (ex : eczéma)				
Maladie sang				
Immunosupprimé				
Problèmes cardiaques				
Trouble oral moteur ou de dégluti				
Gastrostomie			Gavage :	Valve anti-refus :
Trachéostomie				
Sonde urinaire ou cathétérisme vésical				
Autres problèmes de santé ou particularités :				

Pour toute situation de santé qui le nécessite, un plan d'urgence sera complété par l'infirmière. L'infirmière pourrait prendre contact avec vous pour des obtenir des précisions

PROBLÈME POUVANT PROVOQUER UN CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

PROBLÈME	OUI	NON	PRÉCISIONS
Habitudes intestinales (ex. constipation)			
Menstruation			
Autres particularités			

AVEZ-VOUS D'AUTRES INFORMATIONS QUE VOUS JUGEZ IMPORTANTES À NOUS TRANSMETTRE AU SUJET DE LA SANTÉ DE VOTRE ENFANT?

OUI	NON	PRÉCISIONS :

AUTORISATION À COMMUNIQUER

Autorisez-vous le service infirmier à transmettre les renseignements pertinents de santé au personnel scolaire ainsi aux chauffeurs d'autobus de votre enfant?	Oui	Non
Autorisez-vous le service infirmier ou la personne désignée à administrer les médicaments prescrit à votre enfant?	Oui	Non
Autorisez-vous le service de santé à communiquer avec votre pharmacie communautaire pour obtenir des informations concernant la médication de votre enfant?	Oui	Non
Nom pharmacie :	Téléphone :	

Signature du responsable de l'autorité parentale

Date