



FORMULAIRE DISTRIBUTION ET ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

La présente autorise les personnes désignées (éducateur, préposé à la personne, directeur ou autre) par la direction de StimuleArts à distribuer ou administrer le ou les médicaments suivants au participant identifié ci bas.

Identification du participant

Nom: _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Nom du parent ou du responsable de ressource : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Cochez le service demandé

Distribution de médicament nombre de médicaments à distribuer

Participant qui est en mesure de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui remettre son médicament ou lui rappelle de prendre son médicament.

Administration du médicament nombre de médicaments à administrer

Faire prendre au participant, qui est incapable de la faire lui-même en raison, par exemple, d'une incapacité physique, comportementale ou d'un déficit cognitif, le médicament préparé par un professionnel habilité à le faire. Cela comporte un certain contrôle et une aide à la prise de la médication. Le participant n'a pas nécessairement conscience de ce qu'il prend et pourquoi il le prend.¹

Médicaments

Nom du médicament : _____ Posologie (quantité) : _____

Moment de l'administration (heure) : _____ Durée de traitement : _____

Prescrit pour le problème de santé: _____

Effets secondaires : _____

Mode de conservation : _____

Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin (PRN) spécifier le moment et les symptômes que doit avoir le participant pour permettre la prise du médicament :

Quantité de médicaments prescrits au besoin remis

Autorisation

J'autorise la distribution ou l'administration du médicament inscrit ci-dessus pour le participant inscrit dans cette demande.

En autorisant, le signataire comprend qu'elle est responsable de mettre à jour le dossier pharmacologie du participant en informant par écrit tout changement à StimuleArts et reconnais que des risques sont associés à la distribution et ou à l'administration (ex : effets secondaires, résultats imprévus, etc.) et que les personnes désignées ainsi que StimuleArts ne peuvent en être tenus responsable.

Je, _____, déclare être le parent ou titulaire de l'autorité parentale du participants mentionné ci-dessus.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité légale

Date

¹Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Guide d'utilisation sur la classification de l'instrument de détermination et de classification des services de soutien ou d'assistance*, page 55 lexique des services particuliers d'intensité élevée, administrer des médicaments

Politique sur la gestion des médicaments à StimuleArts

Médicaments	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

Nom du médicament : _____ Posologie (quantité) : _____

Moment de l'administration (heure) : _____ Durée de traitement : _____

Prescrit pour le problème de santé: _____

Effets secondaires : _____

Mode de conservation : _____

Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin (PRN) spécifier le moment et les symptômes que doit avoir le participant pour permettre la prise du médicament :

Quantité de médicaments prescrits au besoin remis

Médicaments	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

Nom du médicament : _____ Posologie (quantité) : _____

Moment de l'administration (heure) : _____ Durée de traitement : _____

Prescrit pour le problème de santé: _____

Effets secondaires : _____

Mode de conservation : _____

Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin (PRN) spécifier le moment et les symptômes que doit avoir le participant pour permettre la prise du médicament :

Quantité de médicaments prescrits au besoin remis

Médicaments	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------

Nom du médicament : _____ Posologie (quantité) : _____

Moment de l'administration (heure) : _____ Durée de traitement : _____

Prescrit pour le problème de santé: _____

Effets secondaires : _____

Mode de conservation : _____

Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin (PRN) spécifier le moment et les symptômes que doit avoir le participant pour permettre la prise du médicament :

Quantité de médicaments prescrits au besoin remis

Autorisation

J'autorise la distribution ou l'administration du médicament inscrit ci-dessus pour le participant inscrit dans cette demande.

En autorisant, le signataire comprend qu'elle est responsable de mettre à jour le dossier pharmacologie du participant en informant par écrit tout changement à StimuleArts et reconnait que des risques sont associés à la distribution et ou à l'administration (ex : effets secondaires, résultats imprévus, etc.) et que les personnes désignées ainsi que StimuleArts ne peuvent en être tenus responsable.

Je _____, déclare être le parent ou titulaire de l'autorité parentale du participants mentionné ci-dessus.

Signature du parent ou du titulaire de l'autorité légale

Date