



Écoles publiques Gahanna-Jefferson

Utilisation des médicaments

5330 F1

R.C. 3313.713

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET EN VENTE LIBRE PAR LE PERSONNEL DE L'ÉCOLE

Nom de l'étudiant : _____ Date de naissance : _____

Adresse de l'étudiant : _____

École : _____ Classe: _____ Enseignant : _____

- **La Rubrique I** doit être remplie pour tous les médicaments. Un formulaire séparé est requis pour chaque médicament.
- Conformément au règlement du Conseil 5330, le terme « médicament » doit inclure tous les médicaments, y compris ceux qui ont été prescrits par un professionnel de santé agréé et autorisé à prescrire des médicaments, ainsi que tous les médicaments non prescrits (en vente libre), préparations, médications, et/ou remèdes.
- **La Rubrique II** doit être remplie par le professionnel de santé agréé par l'État de l'élève et autorisé à prescrire des médicaments (« le prescripteur »).
- **La Rubrique III** doit être remplie et signée par le parent/tuteur de l'élève (que les médicaments soient ou non sur ordonnance).
- Les médicaments doivent se trouver uniquement dans leur contenant d'origine, étiquetés avec la date s'il s'agit d'une ordonnance, et comporter le nom de l'élève et la posologie exacte qui sera administrée.

I. RUBRIQUE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES MÉDICAMENTS

Médicament	
Dose/Moyen	
Horaire d'administration des médicaments	
Réactions indésirables graves à signaler au prescripteur	
Instructions spéciales pour l'administration/l'administration d'urgence	

Effets secondaires possibles	
Instructions spéciales de rangement	
Date de début et de fin de cette demande	Début _____ Fin _____

II. PRESCRIBER'S SECTION

This is to certify that the above named student is under my care and should receive the prescription medication as directed above, during the school day.

As a licensed health professional in the State of Ohio, and at the request of this student's parent/guardian, I direct that the above medication(s) be administered as indicated above.

Prescriber's printed name and title: _____

Prescriber's Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____

III. RUBRIQUE PARENTS/TUTEURS

Par la présente, je donne la permission à mon enfant dont le nom figure ci-dessus de recevoir les médicaments sur ordonnance administrés par le personnel scolaire désigné, conformément aux ordonnances écrites spécifiques de notre professionnel de santé agréé.

Par la présente, je dégage le Conseil de l'éducation et tous les employés de l'école de toute responsabilité pour les dommages ou blessures qui découleraient directement de cette autorisation.

Je suis responsable de la livraison de ce médicament à la clinique scolaire et j'aviserai immédiatement l'école si ce médicament n'est plus nécessaire.

J'accepte de soumettre un formulaire révisé de *Demande d'administration de médicaments sous ordonnance et en vente libre par le personnel de l'école* si des changements surviennent concernant le médicament ci-dessus, ou si nous changeons de professionnel de santé.

S'il est nécessaire de prendre ce médicament pendant les activités de plus d'une journée parrainées par le district, j'accepte de remettre une dose séparée au personnel scolaire formé supervisant ces activités pour mon enfant. J'accepte de soumettre un formulaire révisé de *Demande d'administration de médicaments sous ordonnance et en vente libre par le personnel de l'école*, afin d'inclure les directives du prescripteur en dehors des heures scolaires normales.

Je consens à la communication entre le prescripteur ou sa clinique, l'infirmière scolaire et le personnel désigné, en cas de nécessité, pour la gestion des médicaments de mon enfant.

Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie : _____

Signature du parent /du tuteur : _____ Date : _____

