



Écoles publiques Gahanna-Jefferson

Excursions et autres voyages parrainés par le district

2340

R.C. 3327.15

FORMULAIRE D'AUTORISATION MÉDICALE POUR UN VOYAGE D'UNE NUIT PARRAINÉ PAR LE DISTRICT

DEMANDE D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET EN VENTE LIBRE PAR LE PERSONNEL DE L'ÉCOLE
PERMISSION DE POSSÉDER ET D'UTILISER UN INHALATEUR CONTRE L'ASTHME OU UN AUTO-INJECTEUR D'ÉPINÉPHRINE

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

École: _____ Classe: _____

Voyage parrainé par le district : _____ Date(s) du voyage : _____

Instructions pour les différentes rubriques

Rubrique I - Demande d'administration de médicaments sur ordonnance et en vente libre

Cette rubrique doit inclure une liste de tous les médicaments que votre enfant est censé prendre au cours de ce voyage parrainé par ce district, en présence du personnel de l'école et ainsi qu'ils ont été prescrits par un professionnel de santé agréé et autorisé à prescrire des médicaments (« le prescripteur »). En remplissant cette partie :

A.) Si vous cochez « oui » pour tous les médicaments, vous n'avez pas à remplir d'autres formulaires.

B.) Si vous cochez « non » pour l'un ou l'autre des médicaments de votre enfant, veuillez soumettre un formulaire de *Demande d'administration de médicaments sur ordonnance et en vente libre par le personnel de l'école* (5330 F1)

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. Veuillez suivre les directives du coordinateur de voyage et de l'infirmière scolaire pour les procédures de dépôt et de récupération des médicaments.

Rubrique II - Permission de porter et de s'administrer les médicaments

Cette rubrique doit inclure une liste des inhalateurs contre l'asthme et des auto-injecteurs d'épinéphrine que votre enfant est autorisé à porter et à utiliser, le cas échéant, et prescrits par un professionnel de santé agréé et autorisé à prescrire des médicaments (le « prescripteur »). En remplissant cette partie :

A.) Si vous cochez « oui » pour l'inhalateur contre l'asthme et/ou l'injecteur epiPen, aucune autre action n'est requise

B.) Si vous cochez « non » veuillez soumettre les formulaires *Autorisation de possession et d'utilisation d'un inhalateur contre l'asthme* (5330 F3) ou *Autorisation de possession et d'utilisation d'un auto-injecteur d'épinéphrine (epiPen)* (5330 F4), le cas échéant.

Rubrique III - Permission du parent ou tuteur

Cette partie doit être remplie et signée par le parent/tuteur de l'élève.

Pour les soins du diabète, les élèves doivent avoir un dossier contenant le formulaire 5330 F1dm de Consentement des parents et Autorisation par un professionnel de santé agréé de la gestion du diabète à l'école, conformément au règlement 5336 du Conseil de l'éducation.

I. Demande d'administration de médicaments sur ordonnance et en vente libre

Veillez indiquer la liste de tous les médicaments de l'élève que le personnel de l'école devra administrer (ne pas inclure les inhalateurs contre l'asthme ou les auto-injecteurs d'épinéphrine)

L'élève susmentionné doit prendre le ou les médicaments suivants (sur ordonnance et en vente libre) au cours du voyage d'une nuit parrainé par le district, devant être administrés par ou devant le personnel de l'école, comme indiqué par le prescripteur :

NOM DU MÉDICAMENT (sur ordonnance et en vente libre)	Le formulaire de Demande d'administration de médicaments sur ordonnance et en vente libre par le personnel de l'école (5330 F1) a été rempli par le prescripteur et le parent/tuteur et a été déposé dans le dossier de la clinique scolaire de mon enfant :
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON

*Si vous cochez « non » pour l'un ou l'autre des médicaments de votre enfant, veuillez soumettre un formulaire de Demande d'administration de médicaments sur ordonnance et en vente libre par le personnel de l'école (5330 F1).

II. Autorisation de possession et d'utilisation par l'élève d'un inhalateur contre l'asthme et/ou d'un auto-injecteur d'épinéphrine

L'élève susmentionné a reçu l'autorisation préalable d'emporter et d'utiliser les médicaments d'urgence suivants selon les directives du prescripteur :

NOM DU MÉDICAMENT APPORTÉ PAR L'ÉLÈVE	Le formulaire d'Autorisation pour la possession et l'utilisation d'un inhalateur contre l'asthme (5330 F3) ou d'Autorisation pour la possession et l'utilisation d'un auto-injecteur d'épinéphrine (epiPen) (5330 F4) a été rempli par le prescripteur et par le parent/tuteur et a été déposé dans le dossier de mon enfant à la clinique scolaire :
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON
	<ul style="list-style-type: none">• OUI• NON

Si vous cochez « non » veuillez soumettre les *formulaires d'Autorisation pour la possession et l'utilisation d'un inhalateur contre l'asthme (5330 F3)* ou *d'Autorisation pour la possession et l'utilisation d'un auto-injecteur d'épinéphrine (epiPen) (5330 F4)*, le cas échéant.

Les médicaments ne sont autorisés que s'ils se trouvent dans leur contenant d'origine, comportant une étiquette avec la date s'il s'agit d'une ordonnance, ainsi que le nom de l'élève et la posologie exacte. Veuillez suivre les directives du coordinateur de voyage et de l'infirmière scolaire pour déposer, récupérer et porter soi-même les médicaments.

III. AUTORISATION DU PARENT/TUTEUR

Par la présente, je donne la permission à mon enfant dont le nom figure ci-dessus, de (cochez toutes les cases appropriées) :

- **Recevoir le médicament mentionné ci-dessus dans la Rubrique I administré par le personnel scolaire désigné conformément aux ordonnances écrites spécifiques de notre professionnel de santé agréé**
- **Apporter eux-mêmes et utiliser leur inhalateur contre l'asthme et ou leur epiPen indiqués ci-dessus dans la Rubrique II**
- **Gérer eux-mêmes leur diabète conformément aux ordonnances écrites spécifiques de notre professionnel de santé agréé**

Je comprends qu'il m'incombe de livrer ce médicament conformément à la procédure de dépôt de médicaments pour le voyage, et je m'engage à aller chercher et à rapporter à la maison tout médicament non utilisé de la clinique scolaire à la fin de ce voyage. Je m'engage à soumettre tous les formulaires requis si j'ai coché « non » à côté de l'un des médicaments énumérés ci-dessus.

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

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

Signature du parent /du tuteur : _____ Date : _____

