

Établissements scolaires de Pickerington

Autorisation de détention et d'utilisation d'auto-injecteur d'épinéphrine (adrénaline)

Un formulaire dûment rempli doit être soumis au principal de l'école et/ou à l'infirmerie avant que l'élève puisse détenir et utiliser un auto-injecteur d'épinéphrine pour traiter un choc anaphylactique au sein de l'école.

Nom de l'élève : _____

Adresse de l'élève : _____

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

En ma qualité de parent ou de tuteur légal de cet élève, j'autorise mon enfant à détenir et à utiliser un auto-injecteur d'épinéphrine, en fonction de ce qui lui a été prescrit, au sein de l'école et au cours de toute activité, événement ou programme organisé par l'école ou auquel l'école de l'élève participe.

Je comprends qu'un employé de l'école demandera immédiatement une assistance de la part d'un prestataire médical d'urgence si ce médicament est administré. Je fournirai une dose de rechange du médicament au principal de l'école ou à l'infirmerie comme la loi l'exige.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Nom du parent/tuteur : _____ Téléphone : _____

Cette partie doit être remplie et signée par le prescripteur du médicament.

Nom et posologie du médicament : _____

Date de début d'administration du médicament : _____ Date de fin : _____

Circonstances d'utilisation de l'auto-injecteur d'épinéphrine : _____

Procédure à suivre par les employés de l'école si l'élève est incapable de s'administrer le médicament ou si le médicament ne produit pas l'effet escompté : _____

Réactions indésirables graves éventuelles :

de l'élève auquel ce médicament a été prescrit (signalez-les au prescripteur) : _____

d'un élève auquel ce médicament n'a pas été prescrit mais qui en recevrait une dose : _____

Autres recommandations :

Veillez indiquer l'heure, le rythme, la durée du traitement et toute précaution spécifique ou réaction possible, ainsi que les interventions.

En ma qualité de prescripteur, je certifie que cet élève est capable de détenir et d'utiliser cet auto-injecteur de façon appropriée et je lui ai expliqué comment utiliser correctement l'auto-injecteur.

Autorisation du prescripteur :

Signature du prescripteur : _____ Date : _____

Nom du prescripteur : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____