

Écoles de Pickerington
Autorisation de possession et d'utilisation
Médicament(s) antiépileptique

Un formulaire dûment rempli doit être fourni à la direction de l'école et/ou à l'infirmière avant que l'élève puisse posséder et utiliser un ou plusieurs médicaments contre les crises d'épilepsie pour traiter ou prévenir l'apparition d'une crise à l'école.

Date de la demande :

Nom de l'étudiant :

Adresse de l'étudiant :

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

En tant que parent ou tuteur légal de cet élève, j'autorise mon enfant à posséder et à utiliser des médicaments contre les crises d'épilepsie, tels que prescrits, à l'école et à toute activité, événement ou programme parrainé par ou auquel l'école de l'élève participe.

Je comprends qu'un employé de l'école demandera immédiatement l'aide d'un fournisseur de services médicaux d'urgence si ce médicament est administré. Je fournirai une dose de secours du médicament au directeur de l'école ou à l'infirmière, comme l'exige la loi.

Signature du parent/tuteur : _____ Date : _____

Nom du parent/tuteur : _____ Téléphone : _____

Cette section doit être remplie et signée par le prescripteur de médicaments.

Nom et posologie du médicament : _____

Date de début de l'administration des médicaments : _____ Date de fin : _____

Circonstances de l'utilisation du ou des médicaments contre les crises d'épilepsie : _____

Procédures pour les employés de l'école si l'élève n'est pas en mesure d'administrer le médicament ou si celui-ci ne produit pas le

Soulagement attendu :

Effets indésirables graves possibles :

De l'étudiant à qui le médicament est prescrit (le signaler au prescripteur) : _____

D'un élève à qui le médicament n'est pas prescrit mais qui reçoit une dose : _____

Autres recommandations :

Veillez inclure l'heure, l'horaire, la durée du traitement, les précautions spéciales ou les réactions possibles, et les interventions.

En tant que prescripteur, j'ai déterminé que cet étudiant est capable de posséder et d'utiliser ce ou ces médicaments contre les crises d'épilepsie de manière appropriée et avoir fourni à l'étudiant une formation sur l'utilisation appropriée du ou des médicaments.

Autorisation du prescripteur :

Signature du prescripteur : _____ Date : _____

Nom du prescripteur : _____ Téléphone : _____

Adresse: _____