

Formulaire de gestion des médicaments

Enfant : Nom : _____ Prénom : _____

Date : _____ Signature Parents : _____

Médicaments réceptionnés par (nom & prénom éducatrice) : _____

Signature éducatrice : _____

- Prescription médicale (classes A & B)
 Médication sur conseil de non médecin (classes C & D)
 Auto médication (classe E)

1) Nom du médicament : _____ Apporté dans son emballage d'origine oui
Date de péremption contrôlée oui

Posologie : _____

Effets secondaires potentiels : _____

2) Nom du médicament : _____ Apporté dans son emballage d'origine oui
Date de péremption contrôlée oui

Posologie : _____

Effets secondaires potentiels : _____

Durée du traitement : _____

ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS

Administré à l'enfant le : _____ Heure : _____ Par : _____

Administré à l'enfant le : _____ Heure : _____ Par : _____

Administré à l'enfant le : _____ Heure : _____ Par : _____

Administré à l'enfant le : _____ Heure : _____ Par : _____

Administré à l'enfant le : _____ Heure : _____ Par : _____

Administré à l'enfant le : _____ Heure : _____ Par : _____

TOUS LES MEDICAMENTS DOIVENT ÊTRE STOCKES EN HAUTEUR
NE RIEN LAISSER DANS LES CASIERS DES ENFANTS