



profaqua inc.  
266-4000 RUE Saint-Ambroise, Montréal, QC, H4C 2C7  
NEQ: 1172786965  
TVQ: 1224758177 TQ0001  
TPS: 713076727 RT0001

## AUTORISATION D'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT

Nous vous demandons de compléter et de signer ce formulaire d'autorisation. Aucun médicament ne sera distribué ou administré à votre enfant sans cette autorisation écrite et signée.

Les renseignements inscrits par le pharmacien sur l'étiquette identifiant le médicament font foi de l'autorisation des personnes autorisée à prescrire. **Il importe donc de toujours remettre le contenant original identifié au nom de l'enfant. Sur cette étiquette doivent figurer le nom de l'enfant, le nom du médecin, le nom du médicament, la date de péremption, la posologie et la durée du traitement.**

### IDENTIFICATION DE L'ENFANT :

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### COCHEZ LA SITUATION QUI CONCERNE VOTRE ENFANT :

- Mon enfant est **CAPABLE** de prendre lui-même son médicament, après qu'une personne désignée lui ait remis (**Distribution** du médicament).
- Mon enfant est **INCAPABLE** de prendre lui-même son médicament, la personne désignée doit lui administrer (**Administration** du médicament).

### MÉDICATION :

Nom du médicament : \_\_\_\_\_

Dosage : \_\_\_\_\_

Heure de la distribution ou de l'administration : \_\_\_\_\_

Durée prévue du traitement : \_\_\_\_\_

Effets secondaires prévisibles, si connus : \_\_\_\_\_

Prescrit pour le problème de santé suivant : \_\_\_\_\_



profaqua inc.  
266-4000 RUE Saint-Ambroise, Montréal, QC, H4C 2C7  
NEQ: 1172786965  
TVQ: 1224758177 TQ0001  
TPS: 713076727 RT0001

Mode de conservation du médicament selon les indications du pharmacien :  
\_\_\_\_\_

Prescrit par Dr : \_\_\_\_\_

Date d'expiration du médicament : \_\_\_\_\_

\*\* Si le médicament doit être distribué ou administré au besoin, spécifier le moment et les symptômes que doit avoir l'enfant pour permettre la prise du médicament :

\_\_\_\_\_

### **AUTORISATION :**

1. J'autorise  la **distribution** OU  l'**administration** du (des) médicament(s) ci-haut mentionné(s).
2. Je reconnais avoir pris connaissance de la procédure de distribution ou d'administration de médicaments.
3. J'autorise les personnes désignées par le camp scientifique profaqua, à distribuer ou administrer le médicament prescrit à mon enfant.
4. Je reconnais que le personnel du camp scientifique profaqua accepte de distribuer ou d'administrer des médicaments à mon enfant seulement par souci de commodité, puisque ceux-ci ne possèdent pas de formation médicale.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

### **NOTES :**

1. Advenant le cas où votre enfant ne prendrait plus le médicament, vous devrez en aviser immédiatement le camp scientifique.
2. Advenant le cas où le dosage ou l'horaire de la prise du médicament était modifié, veuillez compléter immédiatement un nouveau formulaire d'autorisation.