

Utilisez ce formulaire pour détailler le plan de médication et/ou d'intervention médicale de votre élève qui sera administré à son école et renvoyez-le au personnel du Bureau de santé. Le personnel du Bureau de santé communiquera avec vous pour organiser le dépôt des médicaments et du matériel médical. Pour des besoins multiples, remplissez plusieurs feuilles.

Part 1: Renseignements sur l'élève et le parent ou le responsable des soins | À remplir par le parent ou le responsable de l'élève.

Prénom de l'élève :	Nom de l'élève :	Classe :
Nom de l'établissement scolaire :	Date de naissance de l'élève :	
Prénom du parent :	Nom du parent :	
E-mail du parent :	N° de téléphone du parent :	

Par les présentes, j'autorise le personnel du Bureau de santé à administrer des médicaments ou des traitements prescrits à l'élève nommé à la Partie 1, selon les directives des fournisseurs de soins de santé autorisés. Je comprends que :

- Je suis responsable d'apporter les médicaments ou fournitures médicales à l'école pour les confier au personnel du Bureau de santé.
- Tous les médicaments ou fournitures médicales seront conservés dans un lieu sécurisé de l'école. Le personnel du Bureau de santé ne pourra en aucun cas être tenu responsable des pertes éventuelles de médicaments ou fournitures médicales de l'élève.
- Dans la semaine à compter de la date d'expiration des médicaments ou fournitures médicales, et/ou dans la semaine suivant la fin de l'année scolaire, je dois récupérer ce qui n'a pas été utilisé, à défaut de quoi ils seront détruits.
- Le personnel du Bureau de santé ou l'école ne pourra être tenu(e) responsable pour les médicaments ou traitements que l'élève s'administre.
- En cas de changements de l'état de santé de mon élève ou d'une modification du programme de soins, j'informerai immédiatement l'école et le personnel du Bureau de santé conformément au paragraphe 38-651.03 du Code officiel de DC.
- Les programmes de soins et les plans de médication doivent être mis à jour annuellement et lorsqu'il survient des changements dans la santé de l'étudiant ou dans ses besoins de traitement.
- Par ailleurs, je reconnais par les présentes, qu'en vertu de la loi 17107 de DC, la municipalité, ses écoles, employés et agents sont exempts en matière de responsabilité civile en ce qui concerne les actes ou omissions, à l'exception des actes délictueux, des actes répréhensibles intentionnels, des négligences graves, ou des fautes délibérées.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date: _____

Part 2a: Student's Medication Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis:	End date for school administration of this medication:
This medication is: <input type="checkbox"/> New; the first dose was given at home on date and time: _____ <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Change	
Is this a standing order? <input type="checkbox"/> Yes, epinephrine auto injector 0.15 mg: refer to anaphylaxis plan <input type="checkbox"/> Yes, other: _____	
<input type="checkbox"/> Yes, epinephrine auto injector 0.3 mg: refer to anaphylaxis plan <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Yes, albuterol sulfate 90 mcg/inh: refer to asthma action plan	
Name and strength of medication:	Dose/route:
Time and Frequency at School (e.g. 10am and 2pm every day; as needed if standing order)	
If a reaction can be expected, please describe:	
Additional instructions or emergency procedures:	

Part 2b: Student's Medical Procedure Treatment Plan | To be completed by licensed health care provider.

Diagnosis:	This procedure is: <input type="checkbox"/> New <input type="checkbox"/> Renewal <input type="checkbox"/> Change
Treatment:	
When should treatment be administered at school? (e.g. 10am and 2pm every day)	
End date for school administration of this treatment:	
Additional instructions or emergency procedures:	

Has the student's Universal Health Certificate form been updated to reflect new health concerns?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Licensed Health Care Provider Office Stamp	Provider Name:
	Provider Phone:

	Provider Signature:	Date:
OFFICE USE ONLY Medication and/or treatment plan received by Health Suite Personnel.		
Name:	Signature:	Date: