

SERVICE DE GARDE

SURVEILLANCE DE LA PRISE DES MÉDICAMENTS PRESCRITS

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT: _____

NOM DU MÉDICAMENT : _____

POSOLOGIE : DOSE : _____

HEURE : _____

VOIE D'ADMINISTRATION : _____

MODE DE CONSERVATION : _____

DURÉE DU TRAITEMENT : DU _____ AU _____

RAISONS POUR LESQUELLES LE MÉDICAMENT EST PRESCRIT: _____

EFFETS SECONDAIRES PRÉVISIBLES: _____

N.B. : Les parents peuvent remplir cette feuille à partir des renseignements apparaissant sur l'étiquette du contenant du médicament.

Par la présente, j'autorise un membre du personnel du service de garde à surveiller la prise du médicament suivant _____ pour mon enfant.

Signature des parents: _____

Date : _____

Date et initiales de la personne qui administre le médicament à l'enfant.

Date _____ Initiales _____ Date _____ Initiales _____

Date _____ Initiales _____ Date _____ Initiales _____

Date _____ Initiales _____ Date _____ Initiales _____

Date _____ Initiales _____ Date _____ Initiales _____

Date _____ Initiales _____ Date _____ Initiales _____

Date _____ Initiales _____ Date _____ Initiales _____