

Maison Relais Packatuffi

Maison 84
L-9768 Reuler

+ 352 27800-602
inscription.rpac@elisabeth.lu
rpac.elisabeth.lu

Demande de délégation d'un acte d'aide Distribution de médicaments

Formulaire SEA-06

Pour chaque ordonnance médicale veuillez introduire une nouvelle fiche « Demande de délégation d'un acte d'aide »

Je soussigné(e) _____ et _____
Prénom et Nom du représentant légal de l'enfant

demande pour mon enfant _____
Prénom et Nom de l'enfant matricule de l'enfant

sur prescription médicale du médecin Dr. _____
Nom du médecin

Médicament 1 :	
L'administration du médicament _____ <small style="margin-left: 250px;">nom du médicament</small>	
<input type="checkbox"/> Mon enfant suit un traitement médical temporaire . <input type="checkbox"/> Mon enfant suit un traitement médical de manière régulière . <input type="checkbox"/> Mon enfant se trouve en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou Projet d'Accueil Individualisé).	
Suivant l'ordonnance médicale pour cette maladie , le médicament est à administrer suivant la posologie suivante :	à partir du ____/____/____ (date) et jusqu'au ____/____/____ (date). _____ fois par jour, aux heures suivantes : ____/____/____ (hres) Le médicament est à conserver au réfrigérateur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non.
Remarques	

Médicament 2 :

L'administration du médicament _____
nom du médicament

- Mon enfant suit un traitement médical **temporaire**.
 Mon enfant suit un traitement médical de manière **régulière**.
 Mon enfant se trouve en situation d'urgence (suivant protocole d'urgence ou **Projet d'Accueil Individualisé**).

Suivant l'ordonnance médicale **pour cette maladie**, le médicament est à administrer suivant la posologie suivante :

à partir du ____ / ____ / ____ (date)

et jusqu'au ____ / ____ / ____ (date).

_____ fois par jour ,

aux heures suivantes : ____ / ____ / ____ (hres)

Le médicament est à conserver au réfrigérateur oui non.

Remarques

Autorisation:

Par la présente je donne délégation d'acte d'aide au personnel du Service d'éducation et d'accueil (SEA) en charge de la garde de mon enfant, afin qu'il puisse administrer à mon enfant le(s) médicament(s) décrit(s) ci-avant. Je certifie par la présente que le médicament a été prescrit par le médecin traitant pour la maladie actuelle en cours de mon enfant.

Je suis conscient (e) qu'il est de ma responsabilité de veiller à la mise à jour des informations concernant l'état de santé de mon enfant et d'informer immédiatement par écrit le SEA de tout changement important concernant l'administration de ces médicaments à mon enfant.

Cette autorisation expire le jour de la fin de la prescription médicale et au plus tard le 14.09 de l'année scolaire en cours.

Lieu:

Date:

Signature du représentant légal

- !! Joindre obligatoirement :** - l'ordonnance médicale en question !!
- la notice du médicament
- le doseur (cuillère, etc) du médicament

Réservé à l'administration	
Fiche remise	le ____ / ____ / ____ à ____ heures
Mode de remise	<input type="checkbox"/> remis en main propre <input type="checkbox"/> courriel <input type="checkbox"/> envoi postal _____

2/2