

## FICHE DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ Dates du séjour : \_\_\_\_\_

Allergies: \_\_\_\_\_

Mon enfant prend les **médicaments prescrits** suivants:

**01-** Nom: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

Raison: \_\_\_\_\_

Fréquence:    Après le déjeuner                  Après le diner                  Au coucher  
                                Après le souper                  Au besoin

**02-** Nom: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

Raison: \_\_\_\_\_

Fréquence:    Après le déjeuner                  Après le diner                  Au coucher  
                                Après le souper                  Au besoin

**03-** Nom: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

Raison: \_\_\_\_\_

Fréquence:    Après le déjeuner                  Après le diner                  Au coucher  
                                Après le souper                  Au besoin

**04-** Nom: \_\_\_\_\_ Posologie: \_\_\_\_\_

Raison: \_\_\_\_\_

Fréquence:    Après le déjeuner                  Après le diner                  Au coucher  
                                Après le souper                  Au besoin

**Important :** Les médicaments prescrits doivent être accompagnés de l'étiquette fournie par la pharmacie. Assurez-vous de fournir des médicaments non périmés.

Commentaires: \_\_\_\_\_

J'autorise les personnes responsables à administrer le(s) médicament(s) ci-dessus à mon enfant.

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Intervenant santé

\_\_\_\_\_  
Date