Registre des médicaments administrés

OBLIGATOIRE

Article R2111-1 du code de la santé publique

Chaque administration de médicament doit être consignée immédiatement : nom de l'enfant, date et heure, nom de la personne qui l'a administré, médicament et posologie. Gardez ce registre à portée de main, et présentez-le à la PMI si elle vous le demande.

AVANT DE DONNER UN MÉDICAMENT : CINQ VÉRIFICATIONS

1. Le médecin n'a pas prescrit l'intervention d'un auxiliaire médical (infirmier, kinésithérapeute).
2. Les titulaires de l'autorité parentale ont expressément autorisé ces soins par écrit.
3. Le médicament et le matériel nécessaire ont été fournis par les parents.
4. Vous disposez de l'ordonnance au nom de l'enfant, ou d'une copie, et vous la suivez.
5. Les parents vous ont expliqué au préalable le geste à réaliser.

Si l'une de ces cinq conditions manque, n'administrez pas le médicament : appelez les parents, et en cas d'urgence le 15. Employée par un particulier, les modalités de ces soins sont décrites dans une annexe à votre contrat de travail.

IDENTIFICATION

ASSISTANTE MATERNELLE — NOM ET PRÉNOM

NUMÉRO D'AGRÉMENT

ADRESSE DU LIEU D'ACCUEIL

REGISTRE OUVERT LE

CONSIGNATION DES ADMINISTRATIONS

Une ligne par administration, remplie au moment où vous donnez le médicament — pas le soir, pas le lendemain.

DATE	HEURE	NOM DE L'ENFANT	MÉDICAMENT ADMINISTRÉ	DOSE / POSOLOGIE	ADMINISTRÉ PAR

CONSIGNATION DES ADMINISTRATIONS

Une ligne par administration, remplie au moment où vous donnez le médicament — pas le soir, pas le lendemain.

DATE	HEURE	NOM DE L'ENFANT	MÉDICAMENT ADMINISTRÉ	DOSE / POSOLOGIE	ADMINISTRÉ PAR

Autorisation parentale d'administration

À faire signer par les parents, à conserver avec l'ordonnance

À SIGNER

L'ENFANT

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT

DATE DE NAISSANCE

LES TITULAIRES DE L'AUTORITÉ PARENTALE

NOM ET PRÉNOM

TÉLÉPHONE

NOM ET PRÉNOM

TÉLÉPHONE

AUTORISATION

Nous soussignés, titulaires de l'autorité parentale sur l'enfant désigné ci-dessus, autorisons l'assistante maternelle à lui administrer les médicaments prescrits par ordonnance médicale, dans les conditions prévues à l'article R2111-1 du code de la santé publique. Nous nous engageons à fournir l'ordonnance en cours de validité ainsi que les médicaments correspondants.

MÉDICAMENT(S) CONCERNÉ(S) ET POSOLOGIE PRESCRITE

NOM DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET DATE DE L'ORDONNANCE

FAIT À

LE

SIGNATURE DU PREMIER PARENT

SIGNATURE DU SECOND PARENT

> À remplir pour chaque nouvelle ordonnance : une autorisation qui nomme le traitement, la posologie et l'ordonnance ne laisse aucune place au doute.