

**CONTRÔLE DE L’ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT (RSGEE 121.2)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATE** | **NOM DU MÉDICAMENT** | **POSOLOGIE** | **HEURES ADMINISTRÉ** | **SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI L’A ADMINISTRÉE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**FORMULAIRE D’AUTORISATION POUR L’ADMINISTRATION DE CHAQUE MÉDICAMENT (RSGEE 119)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| J’autorise la RSG : |  | à donner à : |  |
|  | (nom de la responsable en milieu de famille) |  | (nom et prénom de l’enfant) |
| Le médicament : |  | Prescrit par : |  |
|  | (nom du médicament) |  | (nom du médecin) |
| Selon la posologie suivante : |  |  |  |
| Date d’expiration du produit : |  |  |  |
| Durée de l’autorisation : |  |  |  |
| Signature de l’autorité parentale : |  |  |  |
| Date : |  |  |  |