AUTORISATION D'ADMINISTRER UN MÉDICAMENT POUR TRAITEMENT DE LONGUE DURÉE

VEUILLEZ ADMINISTRER CE MÉDICAMENT À : _____

À PARTIR DU : _____

MÉDECIN PRESCRIPTEUR :_____ NUMÉRO DE LA PRESCRIPTION : _____

NOM DU MÉDICAMENT : _____

DOSE :_____FRÉQUENCE ET HEURES DE L'ADMINISTRATION :_____

CONTINUER LA MÉDICATION JUSQU'AU (DATE) : _____

EFFETS SECONDAIRES ET RISQUES POSSIBLES :_____

LE MÉDICAMENT DOIT ÊTRE LIVRÉ DANS SON CONTENANT ORIGINAL, SUR LEQUEL SERA INSCRIT CLAIREMENT, EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE, LE NOM DE L'ENFANT ET LES INSTRUCTIONS CONCERNANT L'ADMINISTRATION.

SIGNATURE D'UN DES PARENTS OU DU TUTEUR : _____

DATE (JOUR/MOIS/ANNÉE)	HEURE	DOSE	SIGNATURE DU FOURNISSEUR

DATE (JOUR/MOIS/ANNÉE)	HEURE	DOSE	SIGNATURE DU FOURNISSEUR