



Épilepsie :    Oui        Non        Date de la dernière crise : \_\_\_\_\_

Description : \_\_\_\_\_

Allergie :    Oui        Non   

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A-t-elle subi une intervention chirurgicale ? Oui  Non     Date : \_\_\_\_\_

Spécifiez : \_\_\_\_\_

Y-a-t-il des contre-indications à certaines activités    Oui        Non   

Spécifiez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

## Médicaments

L'usager prend t'il des médicaments ?    Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

L'usager prend t'il des médicaments le midi ?    Oui : \_\_\_\_\_ Non : \_\_\_\_\_

Si oui, remplir la grille ci-dessous.

	Nom du médicament	Posologie	Quantité	Heure
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

**Prendre note que les médicaments à administrer lors des activités doivent être dans un dispill contenant le nom de l'usager le nom du médicament et la posologie.**

## **Autorisation – Administration de médicaments**

**Nom de l'usager :** \_\_\_\_\_

- J'autorise les intervenants de l'organisme **LES AMIS DE L'EST** à administrer au participant la médication qui lui est prescrite.
- Prenez note qu'il est **obligatoire** de bien identifier la médication qui doit être administrée au participant.
- Prenez note qu'il est **obligatoire** que la médication à administrer soit en **dispills** sur laquelle nous devons retrouver la **posologie** et le **nom de l'usager**. Les **dispills** sont disponibles en pharmacie.
- Il est de la **responsabilité** du parent/responsable du participant de prévenir **LES AMIS DE L'EST** lorsqu'il y a un changement dans la médication de la personne.

**Signature du parent ou responsable :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

## **Autorisation – Procédures en cas de premiers soins**

- J'autorise **LES AMIS DE L'EST** à appliquer les premiers soins et d'avoir recours aux services médicaux d'urgence, incluant le transport en ambulance vers un centre hospitalier, si les intervenants jugent que la situation le requiert.
- Le parent/responsable doit demeurer joignable en tout temps lors des activités auxquelles la personne participe avec **LES AMIS DE L'EST**. Le parent/responsable sera joint par téléphone lors de situation d'urgence.

**Signature du parent ou responsable :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_