

CONFIDENTIEL • Support interne à valider par la direction. Ne remplace ni ordonnance, ni PAI, ni registre de soins. En cas de doute, ne pas improviser : appliquer le protocole et contacter la personne compétente.

MINEUR (NOM / PRÉNOM NÉCESSAIRES AU SUIVI)

GROUPE

PÉRIODE

RESPONSABLE LÉGAL / CONTACT SELON DOSSIER

MÉDECIN SELON DOSSIER

RÉFÉRENT SANITAIRE

1 CONTRÔLE À LA RÉCEPTION

ÉLÉMENTS REMIS

- | | |
|---|---|
| ☐ Ordonnance jointe et lisible | ☐ Modalités en cas de crise décrites si concerné |
| ☐ Médicament dans l'emballage d'origine | ☐ Dates et quantité vérifiées |
| ☐ Notice présente | ☐ Conditions de conservation connues |
| ☐ Nom et prénom inscrits sur l'emballage | ☐ Personnes à informer identifiées |

REÇU LE / À

REMIS PAR

REÇU PAR

QUANTITÉ / FORME

2 PRESCRIPTION ET ORGANISATION

MÉDICAMENT	DOSE PRESCRITE	HORAIRE / CONDITION	MODE / CONSIGNE	PÉRIODE

LIEU DE STOCKAGE SÉCURISÉ

ACCÈS AUTORISÉ À

TRAITEMENT DEVANT RESTER DISPONIBLE : OUI / NON + MODALITÉ

Le cadre officiel prévoit un contenant fermé à clé, sauf lorsque la nature du traitement impose que le médicament reste en permanence à la disposition de l'enfant.

MINEUR

PÉRIODE

RÉFÉRENT SANITAIRE

3 TRAÇABILITÉ DES ADMINISTRATIONS

DATE	HEURE PRÉVUE	HEURE RÉELLE	MÉDICAMENT / DOSE	DONNÉ PAR / SIGNATURE	OBSERVATION / ACTION

4 ÉVÉNEMENT OU ÉCART

FAIT OBSERVÉ, CONSIGNE APPLIQUÉE, PERSONNES CONTACTÉES ET HEURE

Ne pas poser de diagnostic ; noter les faits et les actions selon le protocole.

5 RESTITUTION

MÉDICAMENTS RESTITUÉS LE / À

QUANTITÉ

DOCUMENTS RESTITUÉS

À QUI

INFORMATION SUR LES ÉVÉNEMENTS DE SANTÉ TRANSMISE

PAR

SIGNATURE / VISA

Conserver ce document et le registre de soins dans le respect de la confidentialité. Informer les responsables légaux de tout événement de santé selon le cadre et les procédures applicables.