



CORPORATION L'ESPOIR

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

Automne 2016

Bonjour à tous,

Suite à de nouvelles procédures entreprises dans le cadre des activités, nous voulons vous mentionner qu'il est dorénavant obligatoire de bien identifier toute médication qui sera remise au coordonnateur en vue de l'administrer au participant.

Veuillez indiquer également la fréquence à laquelle la médication doit être prise.

N'oubliez pas de signer l'autorisation afin que le coordonnateur de L'Espoir puisse administrer la médication prévue pour la personne lors de son séjour parmi nous.

Vous devez également nous avertir de tout changement dans l'état de santé de la personne.

Merci de votre collaboration,

Patrick Bélanger
Coordonnateur des programmes



CORPORATION L'ESPOIR

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

Médication et autorisation

NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE (nombre de comprimés à donner)			
	Notez l'heure si besoin			
	MATIN	DINER	SOUPER	COUCHER

**** Choisir et signer UNE des autorisations suivantes ****

OPTION 1 : Autorisation d'administrer la médication

Je, _____, autorise les intervenant(e)s de l'Espoir à administrer la médication ci-haut mentionnées pour _____ lors des activités de L'Espoir.

(Nom du participant)

* **Il est obligatoire de bien identifier** toute médication remise à l'intervenant(e)s en vue de l'administrer au participant. De plus, nous vous demandons de mettre en dispil la médication, afin de faciliter le travail des intervenant(e)s et de réduire le risque d'erreur. Les dispils sont disponibles gratuitement en pharmacie.

Il demeure de votre responsabilité de prévenir le personnel lorsqu'il y a un changement dans la médication du participant.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

Signature de l'intervenant(e) : _____ Date: _____

Courriel : info@corporationespoir.org



Centraide
du Grand Montréal



CORPORATION L'ESPOIR

55, rue Dupras, local 511

LaSalle QC H8R 4A8

Tél.: 514-367-3757

Fax: 514-367-0444

**OPTION 2 : Autorisation auto-administration
de médication
Désistement de responsabilités**

Si vous désirez que le participant conserve avec lui ses doses de médicament, veuillez signer cette feuille afin que les intervenants(e)s ne soient pas tenus responsables de ce choix.

Notez que nous ne sommes pas responsables des pertes ou vols de médicaments.

Je désire que _____ garde ses médicaments avec lui
(Nom du participant)
et qu'il les prenne seul, sans supervision des responsables.

Il demeure de votre responsabilité de prévenir le personnel lorsqu'il y a un changement dans la médication du participant.

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____