

Fiche Santé 2-4

MÉDICATION : 2020 DISPILL

OBLIGATOIRE

Préparé par le pharmacien

Nom et prénom du campeur :

Note : Si changement de médication avant l'arrivée au camp, S.V.P. nous en aviser par écrit.

OBLIGATOIRE : DISPILL doit être fourni pour la durée du séjour;

Le campeur a t-il un PRN? Oui Non

<u>Nom du médicament prescrit</u>	<u>Lever</u>	<u>Dîner</u>	<u>Souper</u>	<u>coucher</u>
	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>	<u>Posologie</u>

Effets secondaires : _____

Contre-indication et précautions : _____

Activités-restrictions : _____

Utilisation de certaine crème : Oui Non Applicable sur quel partie du corps : _____

Utilisation de pompe : Oui Non Utilisation de goutte pour les yeux : Oui Non

Utilisation de liquide épaississant: Oui Non Autre utilisation de : _____

AUTORISATION DES PARENTS OU RESPONSABLE OU CURATEUR PUBLICQUE :

J'autorise la direction du Domaine des prés d'or à prendre les dispositions relatives à ma santé ou à celle de mon client, en cas d'urgence.

En signant la présente, j'autorise la direction du Domaine des Prés d'Or à prodiguer tous les soins infirmiers nécessaires. Si la direction le juge nécessaire je l'autorise également à transporter le campeur par ambulance ou autrement dans un établissement hospitalier ou de santé communautaire. De plus, s'il est impossible de nous rejoindre, j'autorise le médecin choisi par les autorités du camp à prodiguer au campeur séjournant au camp tous les soins médicaux requis par son état, y compris la pratique d'une intervention chirurgicale, des infections, l'anesthésie et l'hospitalisation.

X : _____

Date : _____

Signature des parents, responsable ou tuteur.

Signature obligatoire

À retourner

Fiche Santé 3-4

* À retourner *

2020

* TRÈS IMPORTANT : PRN

Nom et prénom du campeur : _____

Autorisation d'administration de médicaments prescrit ci bas mentionnés au besoin et ou en vente libre.

- | | | | | |
|--------------------------|---|-----------|-----|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Acétaminophène (Tylénol, etc.) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Antiémétiques (Gravol) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Antihistaminiques qui agissent contre les allergies
(Bénadryl, Claritin, Allégra, Réactine, Phénergan, etc.) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Sirop contre la toux (Bénylin, etc) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Acide acétylsalicylique (Aspirine) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Anti-inflammatoires (Advil, Ibuprofène) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Antibiotique en crème (Polysporin, Néosporin, Baciguent, etc.) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Malaise gastrique (Pepto bismol, Thumbs) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Laxatif (Colace, Senokot) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Anti-diarrhée (Imodium) | Oui _____ | Non | <input type="checkbox"/> |

Autres: _____

X : _____
Signature des parents, responsable ou tuteur.

N.B. Prévoyez dans les bagages tout ce que votre client a le droit de prendre s'il est malade lors de son séjour.

Complété par :

Parent du campeur : _____ Médecin : _____

Tuteur du campeur : _____ Autre, spécifiez : _____

À retourner

VERSO →

