

FICHE PROCÉDURE SUIVI SANITAIRE



Condition requises pour l'admission d'un traitement

- Fournir l'ordonnance originale en cours de validité
- Les médicaments doivent correspondre à la prescription du médecin
- La Posologie doit être claire sur l'ordonnance
- Les boîtes de médicaments doivent être notées au nom de l'enfant, le tout dans une trousse propre, marquée elle-même au nom de l'enfant.
- Faire compléter l'autorisation d'administration et la faire signer par le responsable de l'enfant

Pour information

- Les enfants fiévreux ne seront pas accueillis
- En cas de fièvre ou d'une dégradation de la santé de l'enfant l'équipe d'encadrement contactera les parents pour qu'ils le récupèrent.
- Le respect de la reconstitution des médicaments qui le nécessitent, reste sous l'entière responsabilité du responsable de l'enfant
- Les médicaments de type paracétamol, antalgique et ibuprofène ne seront administrables que pour soulager des douleurs et non pour un état fébrile.
- Les suppositoires ne seront administrés en aucun cas

PROJET D'ACCUEIL DE SUIVI SANITAIRE D'UN MINEUR PRESENTANT UN TROUBLE DE LA SANTE DE TYPE ALLERGIE OU HORS ALLERGIE

Nom et Prénom de l'enfant :
Date de naissance :
Pathologie de l'enfant :
École :
Nom et prénom du responsable légal :
N° de tel : /
Nom du Médecin qui suit l'enfant :

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret ou à la discrétion professionnelle et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant..... demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'accueil à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention d'urgence du Docteur.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'ACCUEIL COLLECTIF DE MINEUR péri et/ou extrascolaire.

Je demande à ce personnel de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus sur le document et/ou ordonnance délivré par le Médecin. Je m'engage à informer le personnel de l'accueil en cas de changement des prescriptions médicales.

La restauration :
En cas d'allergie alimentaire, un panier repas sera préparé et apporté par le responsable légal de l'enfant.

Le goûter :
Aucune prise alimentaire autre que le goûter fourni par le responsable légal

Copie du Protocole de soins d'urgence avec Ordonnance et trousse du traitement remis à :..... le.....

Accueil péri et/ou extrascolaire :.....

Signature du responsable de l'enfant

Signature du Référent Péri-scolaire