

FICHE DE TRAITEMENT

(document à remplir par les parents/représentant légal)

Nom et prénom de l'enfant : _____

Malade depuis le : _____

Médecin consulté : oui non

Symptômes : _____

Diagnostic : _____

Nom du médicament	Prescrit par le médecin	Posologie	Mode d'administration	Durée du traitement	Heure d'administration	Administré par
	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>			Du ___/___/___ Au ___/___/___		
	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>			Du ___/___/___ Au ___/___/___		
	Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>			Du ___/___/___ Au ___/___/___		

Le médicament est à conserver : au frigo à température ambiante

Les médicaments classés A et B sont **obligatoirement prescrits par le médecin** et une **copie de l'ordonnance** doit nous être transmise.

Chaque médicament doit être remis avec sa **mesurette d'origine** et son **emballage étiqueté** par la pharmacie au nom de l'enfant avec **date et posologie**.

La Crèche décline toute responsabilité en cas d'effets secondaires entraînés par l'administration correcte du médicament par son personnel.

Par la présente, j'autorise le personnel de la Crèche Le Tsamala à administrer à mon enfant le médicament susmentionné selon la posologie déterminée et aux heures indiquées.

Date :

Signature :