**FICHE DE MEDICAMENTS A: Date:**

Nom/prénom :

**Médicaments quotidiens :**

S’il y a une plage horaire précise pour l’administration du médicament, merci de l’indiquer précisément et d’inscrire la manière pour l’administrer (exemple : normal (avec de l’eau), dans un yaourt, par PEG, écrasé, avant ou après le repas, etc…)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du médicament | Matin | Midi | Soir | Coucher | Consignes d’administration |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Fiche de Médicament B : Date :**

**Médicaments de réserves :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Médicaments de réserve | Administrée selon cette situation | Dose et quantité autorisée par journée | Consignes d’administration |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Si la personne dort, doit-on la réveiller pour lui donner le médicament ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Y-a-t-il des spécificités particulières pour la conservation des médicaments ? (Si oui lesquelles et pour quoi) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En cas de refus de prendre ces médicaments, que doit-on faire ? Quelles sont les astuces ?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si le vacancier vomit ou est malade durant la nuit, sans qu’il y ait d’urgence, souhaitez-vous que nous vous prévenions durant la nuit ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Remarques :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contrôle Fiche Médicament :**

**Les Feuilles médicaments A et B sont à jour :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date de la fiche médicament A** | **Date de la fiche médicament B** | **Personne de contact durant le week-end** | **Signature accompagnant** | **Signature parent ou éduc** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |