Formulaire de demande d'administration de médicaments

RENVOI : Service des parcs, des loisirs et de la culture
Politique 9.2.0 (administration de médicaments) et politique 8.5.0. (conditions d'inscription)

Faire remplir par le participant ou par un des parents/le tuteur légal du participant.

Nom du participant :	Date de naissance du participant	Adresse du participant :	Personne à contacter en cas d'urgence :
Signature du participant/parent/tuteur :	_____ / _____ / _____ JJ MM AAAA		Numéro de téléphone :

Nom du médicament tel qu'indiqué sur l'étiquette	O = avec ordonnance SO = sans ordonnance	Date d'expiration du médicament jj/mm/aaaa	Date de la fin du traitement jj/mm/aaaa	Effets secondaires possibles (le cas échéant	Horaire d'administration (heures auxquelles il faut l'administrer)	Posologie et voie d'administration	Instructions relatives à l'entreposage

Veuillez inscrire ci-dessous toute instruction particulière relative à l'administration du médicament (p. ex., avec les repas ou avec beaucoup d'eau).

Dernière mise à jour : Le 9 juin 2025

Statut: Finale

Signer le présent document et le joindre au formulaire d'inscription.

Modalités que doit suivre le personnel du Service des parcs, des loisirs et de la culture en ce qui concerne l'administration, la supervision de l'administration et l'entreposage des médicaments du participant.

À lire attentivement

1. J'accepte les modalités suivantes :

   a) **Médicaments sans ordonnance et produits naturels**

      (i) Le personnel demande et reçoit des directives écrites d'un médecin avant de consentir à l'administration, à la supervision de l'administration ou à l'entreposage de tout *médicament sans ordonnance ou produit naturel*. Le médicament sans ordonnance doit être fourni dans son contenant d'origine, sur lequel doit être apposée une étiquette datée portant le nom du participant.

   b) **Médicaments sur ordonnance**

      (i) Le contenant doit porter l'étiquette d'origine de la pharmacie, sur laquelle doivent figurer le nom du participant, le nom du médecin, le nom du médicament, la posologie, la voie d'administration, l'horaire d'administration et les directives relatives à l'entreposage.

   c) **Photo – Auto-injecteurs d'épinéphrine**

      (i) **UNE photo** doit être jointe au *Formulaire de demande d'administration de médicaments*.

   d) **Deux** auto-injecteurs d'épinéphrine EpiPen®, Allerject® ou TwinJect® doivent être fournis si le participant souffre d'allergies pouvant être mortelles. Le produit EpiPen, TwinJect ou Allerject doit être prescrit par un médecin et porter l'étiquette de la pharmacie. Je reconnais que j'ai la responsabilité de vérifier régulièrement si ce produit est expiré ou décoloré.

   e) **Je reconnais que, dans le cas des auto-injecteurs TwinJect, le personnel de la Ville d'Ottawa n'administre pas la seconde dose, mais utilise le deuxième auto-injecteur TwinJect fourni ou un auto-injecteur EpiPen.**

2. La Ville d'Ottawa refuse toute personne inscrite à un programme si les modalités ci-dessus ne sont pas respectées.
3. La Ville d'Ottawa refuse toute personne inscrite à un programme qui a besoin de médicaments d'urgence (p. ex. nitroglycérine, inhalateur ou auto-injecteur EpiPen) et qui se présente au programme sans ces médicaments.
4. Je reconnais que le personnel peut refuser d'assurer l'administration, la supervision de l'administration ou l'entreposage des médicaments se trouvant dans un contenant dont l'étiquette ne contient pas tous les renseignements susmentionnés.
5. Les directives qui vont à l'encontre de la politique de la Ville d'Ottawa sont revues de concert avec le spécialiste de la formation ou la personne désignée par lui, au cas par cas.
6. Je reconnais que les membres du personnel de la Ville d'Ottawa participant à l'application de la politique sur l'administration des médicaments ne sont pas tous des professionnels de la santé et que l'administration des médicaments est exercée par la Ville d'Ottawa ou au nom de celle-ci de manière purement volontaire et gratuite. En tant que participant recevant des médicaments ou en tant que parent ou tuteur légal du participant recevant des médicaments, je comprends parfaitement la nature et l'étendue des risques liés à l'administration de médicaments.

Je confirme avoir lu, compris et rempli le présent document et le formulaire d'inscription. Je reconnais que, en signant le présent document, j'accepte d'assumer l'entière responsabilité des risques liés à l'administration de médicaments au participant désigné par le personnel de la Ville d'Ottawa, conformément aux dispositions des présentes.

J'autorise le personnel du Service des parcs, des loisirs et de la culture de la Ville d'Ottawa à (veuillez cocher la case qui s'applique) **:**

- ☐ superviser le participant désigné lorsqu'il s'administre ses médicaments;
- ☐ administrer des médicaments au participant désigné;
- ☐ partager des renseignements personnels et confidentiels en cas d'intervention d'urgence.

_____

Nom du participant ou du parent ou tuteur *si le participant a moins de 18 ans ou s'il s'agit d'un adulte qui n'a pas la capacité de donner son consentement éclairé (en caractères d'imprimerie).*

_____

Signature du participant ou du parent ou tuteur *si le participant a moins de 18 ans ou s'il s'agit d'un adulte qui n'a pas la capacité de donner son consentement éclairé.*

Date : _____ _____ _____
MM JJ AAAA

Les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire sont recueillis conformément à l'article 8 et à la sous-disposition 11(11)5 de la *Loi de 2001 sur les municipalités*, L.O. 2001, chap. 25. Ces renseignements seront utilisés à des fins d'administration des programmes récréatifs de la Ville d'Ottawa. Les questions concernant la collecte et l'utilisation de ces renseignements doivent être adressées au coordonnateur des services d'assurance, Services de gestion des risques, Ville d'Ottawa, 100, croissant Constellation, 4e étage Ouest, Ottawa (Ontario) K2G 6J8, 613-580-2424, poste 43625.