

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