

ADMINISTRATION DES SOINS ET PRISE DE MÉDICAMENTS

INFORMATION :

Selon les articles L2111-3-1 et R211-1 du Code de la Santé Publique, un assistant maternel peut administrer des soins ou des traitements médicaux à un enfant qu'il prend en charge, à la demande du ou des titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux.

Il doit se conformer aux modalités de délivrance de soins spécifiques, occasionnels ou réguliers, précisées dans un protocole écrit annexé au contrat de travail qui peut être élaboré avec l'assistance du service de protection maternelle et infantile (puéricultrice ou médecin de PMI de votre secteur).

VERIFICATIONS AVANT L'ADMINISTRATION DES SOINS OU DU TRAITEMENT :

1. Le médecin n'a pas expressément écrit l'intervention d'un auxiliaire médical (ex : infirmière)
2. Le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant ont expressément autorisé par écrit ces soins ou traitements médicaux
3. Le médicament ou le matériel nécessaire a été fourni par le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant
4. Le professionnel de l'accueil du jeune enfant réalisant les soins ou traitements médicaux dispose de l'ordonnance médicale prescrivant les soins ou traitements ou d'une copie de celle-ci et se conforme à cette prescription
5. Le ou les titulaires de l'autorité parentale ou représentants légaux de l'enfant et, le cas échéant le médecin de l'enfant ont préalablement expliqué au professionnel le geste qu'il lui est demandé de réaliser

**CHAQUE GESTE DOIT FAIRE L'OBJET
D'UNE INSCRIPTION IMMEDIATE
DANS UN REGISTRE DÉDIÉ**

Voici un modèle de fiche à reproduire pour ce registre ⇒

Pour toute question sur le remplissage de ce document, veuillez contacter votre référente de secteur

FICHE D'ADMINISTRATION DES SOINS ET DE PRISE DE MÉDICAMENTS

NOM – Prénom de l'enfant :

Age de l'enfant :

Poids de l'enfant :

Date et heure de l'acte :

Nom du médicament ou du soin :

Voie d'administration :

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Orale | <input type="checkbox"/> Nasale |
| <input type="checkbox"/> Oculaire | <input type="checkbox"/> Auriculaire |
| <input type="checkbox"/> Inhalée | <input type="checkbox"/> Rectale |
| <input type="checkbox"/> Cutanée | |

(ex : pommade médicamenteuse pour le siège telle que le Bepanthen, Mitosyl, Fazol, Econazole, etc.)

Dose exacte administrée :

.....

.....

.....

.....

.....