

**FICHE REPÈRE ASSISTANT MATERNEL**

***LES MODALITÉS D’AIDE À LA PRISE DE MÉDICAMENTS***

***REGISTRE À ANNEXER AU CONTRAT D’ACCUEIL***

Le professionnel administrant le traitement maîtrise la langue française (orale et écrite).

Lorsque ce professionnel est assistant maternel agréé, employé par un particulier, les modalités de délivrance des soins ou des traitements médicaux sont décrites en annexe du contrat de travail.

Avant d’administrer les soins ou les traitements médicaux, le professionnel de l’accueil du jeune enfant procède aux vérifications suivantes :

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

**Chaque geste doit faire l’objet d’une inscription immédiate dans un registre dédié précisant :**

* Le nom de l’enfant
* La date et l’heure de l’acte
* Le nom du professionnel de l’accueil du jeune enfant l’ayant réalisé
* Le nom du médicament administré et sa posologie

Annexe du contrat : … / … / ….

Nom/Prénom de l’assistant maternel :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom/Prénom de l’enfant** | **Date de l’ordonnance** | **Date de la demande parentale** | **Poids de l’enfant** | **Durée du traitement** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Heure de l’administration** | **Nom du médicament** | **Dose et voie d’administration** | **Signature** |
| JOUR 1 :  |  |  |  |  |
| JOUR 2 :  |  |  |  |  |
| JOUR 3 :  |  |  |  |  |
| JOUR 4 : |  |  |  |  |
| JOUR 5 : |  |  |  |  |
| JOUR 6 : |  |  |  |  |
| JOUR 7 : |  |  |  |  |
| JOUR 8 : |  |  |  |  |
| JOUR 9 : |  |  |  |  |
| JOUR 10 :  |  |  |  |  |

*Sous condition de maîtriser la langue française Décret 2021-1131 du 30 août 2021*