**Registre des traitements et soins médicaux de l’enfant ………………………………………………. Accueilli par ………………………………………………………**

Les assistants maternels sont autorisés à administrer des soins et/ou des traitements médicaux aux enfants accueillis à la condition qu’ils puissent être regardés comme un acte de la vie courante qui ne nécessite pas l’intervention d’un auxiliaire médical. Ils sont soumis à la demande préalable des parents de l’enfant, qui établissent une annexe du contrat de travail qui détaille les modalités de délivrance.

Avant l’administration, il convient de vérifier ci-dessous :

* L’absence de prescription d’intervention d’un auxiliaire médical
* Les parents ont autorisé par écrit l’administration de ces soins et/ou traitements médicaux
* Le médicament/le matériel nécessaire a été fourni par les parents
* L’ordonnance médicale prescrivant les soins/les traitements a été fournie
* Les parents ont préalablement expliqué au professionnel le geste qu’il lui est demandé de réaliser

**ATTENTION, la seule responsabilité de l’assistant maternel reste engagée lors de l’administration d’un médicament.**

Chaque geste réalisé doit faire l’objet d’une inscription **immédiate** dans le registre ci-dessous :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date | Nom du médecin prescripteur | Température si prise  | Médicament administré | Heure d’administration | Posologie (dose administrée) | Signature de la professionnelle |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Date | Nom du médecin prescripteur | Température si prise  | Médicament administré | Heure d’administration | Posologie (dose administrée) | Signature de la professionnelle |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |