Commission scolaire du Lac-Abitibi
Secrétariat général

Document de gestion # 200,206

Politique de premiers soins aux élèves

DRH-DOC-EL-001

Adopté par le conseil des commissaires le 3 mars 1994 : résolution C-94-043

1. Responsabilité de la commission scolaire

La commission scolaire a la responsabilité d'assurer des services de santé aux élèves sous sa juridiction.

2. But de la politique

La présente politique vise à préciser les modalités qui permettront d'assurer les soins provisoires requis à tout élève victime d'un malaise soudain ou d'un accident afin de favoriser son rétablissement ou d'empêcher son état de s'aggraver, en attendant l'intervention du médecin ou son transport au centre hospitalier le plus près ou à la maison.

3. Nature des premiers soins

Les premiers soins se limitent:

- aux soins reliés à un malaise soudain ou à des traumatismes mineurs;
- aux soins immédiats, ou de première nécessité, à prodiguer à l'élève victime d'un accident, afin de permettre son transport en toute sécurité, au centre hospitalier le plus près.

4. Responsabilité générale du milieu scolaire quant à l'obligation de dispenser les premiers soins

Le personnel a l'obligation de prendre toutes les mesures jugées nécessaires dans le cas où un élève est atteint d'un malaise soudain ou est victime d'un accident qui permet de croire qu'une attente prolongée ne ferait qu'aggraver la situation.

De plus, le Code civil québécois oblige toute personne à prêter assistance à une personne victime d'un malaise soudain ou d'un accident.

5. Responsabilité de la direction d'école

La direction d'école doit:

- établir les modalités spécifiques d'application de la politique de premiers soins en concertation avec l'infirmière de l'école;

- faire connaître cette politique de premiers soins, de même que ses modalités d'applications spécifiques à l'école, au personnel de l'école;

- faire connaître aux parents et aux élèves, au début de l'année scolaire, la politique de la commission scolaire sur les premiers soins;

- faire compléter par les parents, ou par l'élève lui-même s'il a plus de quatorze (14) ans, le formulaire **"Renseignements et Autorisation"**[1]:

  . au début de l'année scolaire pour les élèves de maternelle et de première secondaire;

  . à l'inscription lorsqu'un élève s'inscrit pour la première fois dans une école de la commission scolaire[2].

- déterminer avec l'infirmière les endroits où seront déposées les trousses de premiers soins;

- assigner une personne comme préposée aux premiers soins;

- assigner une personne comme responsable de la trousse de premiers soins;

- favoriser chez les personnes préposées aux premiers soins une plus grande connaissance de base en secourisme;

- susciter la participation du personnel à la sécurité et à l'hygiène du milieu;

---

[1] Voir annexe 1.

[2] Lors d'un transfert d'école à l'intérieur du territoire de la commission scolaire, le formulaire **"Renseignements et Autorisation"** devra être inséré dans le dossier académique et suivre l'élève à sa nouvelle école.

- s'assurer, dans les cas d'accidents, que les dispositions de transport ou de soins provisoires soient prises et que le rapport d'accident soit complété selon les procédures établies[3].

6. **Rôle et responsabilités du préposé aux premiers soins**

Prodiguer les premiers soins selon les procédures établies par la commission scolaire et par l'école.

Référer à l'infirmière scolaire les élèves se présentant fréquemment pour un même problème.

Assurer le respect des procédures indiquées aux articles 9, 10 et 11 de la présente politique, de même que des procédures spécifiques à l'école dans les cas d'accident[4].

Consigner les informations au registre prévu à cette fin[5].

7. **Rôle et responsabilités du responsable de la trousse de premiers soins**

S'assurer que le contenu de la trousse ne soit pas détérioré.

S'assurer que la trousse demeure toujours au même endroit.

S'assurer que le contenu de la trousse est utilisé exclusivement pour la clientèle visée.

Renouveller, au besoin, le matériel au cours de l'année scolaire et réviser le contenu de la trousse à la fin de l'année scolaire.

---

[3] Voir Annexe 2 et 3.

[4] Concernant notamment la communication avec les parents, le transport de l'élève et les formulaires à être complétés.

[5] Voir Annexe 4.

8. Rôle et responsabilités de l'infirmière scolaire

Agir comme personne-ressource auprès du personnel mandaté pour administrer les premiers soins.

Participer à la mise en place de mesures visant la prévention des accidents.

9. Procédures dans les cas d'accident ou de malaise grave[6]

La personne désignée:

- administre les premiers soins requis;
- avertit les parents et convient avec eux, selon l'urgence et la nature du malaise ou de l'accident, soit du transport immédiat de l'élève au centre hospitalier le plus près, soit de son transport à la maison;
- décide du transport de l'élève vers le centre hospitalier le plus près et en informe ultérieurement les parents si ces derniers ne peuvent être rejoints;
- avertit le centre hospitalier[7] de l'arrivée de l'élève à la salle d'urgence et fournit, s'il y a lieu, les renseignements indiqués sur le formulaire **"Renseignements et Autorisation"**;
- remet aux parents le formulaire **"Autorisation de transport d'un élève"**[8] ainsi qu'une note explicative[9].

---

[6] Tels que fracture, entorse, coupure profonde, perte de conscience, corps étranger dans un oeil, hémorragie...

[7] L'infirmière en chef ou sa remplaçante (annexe 5).

[8] Voir Annexe 6.

[9] Voir Annexe 7.

- s'assure de la présence d'un accompagnateur adulte pour l'élève dont l'état de santé exige une telle présence lors de son transport au centre hospitalier le plus près;

- s'assure que l'accompagnateur demeure avec l'élève jusqu'au moment où sa présence n'est plus requise par les autorités médicales;

- remplit le formulaire **"Rapport d'accident - Continental Canada"**[10] et le faire parvenir au **Service des ressources humaines** dans les quarante-huit (48) heures suivant l'accident.

10. Procédures dans les cas d'accident mineur[11]

La personne désignée:

- administre les premiers soins;

- fait reposer l'élève, si nécessaire, et autorise son retour en classe;

- consigne les informations au registre prévu à cette fin.

11. Procédures dans les cas de malaises divers[12]

La personne désignée:

- s'il y a fièvre, avertit les parents quel que soit le malaise et retourne l'élève à la maison; si les parents sont absents, elle prend les dispositions qu'elle juge nécessaire;

- si un même élève se présente à plusieurs reprises pour la même cause, le réfère à l'infirmière scolaire pour une meilleure investigation du problème;

- ne donne AUCUN médicament[13];

---

[10] Voir Annexe 3.

[11] Tels que coupure légère, saignement de nez accidentel, éraflure, écharde...

[12] Tels que maux de tête ou de ventre, saignement de nez non accidentel, nausée, rhume, grippe, fièvre, éruption cutanée, épilepsie, perte de conscience, douleurs articulaires, poux...

[13] Ni aspirine, ni sels de fruits...

- si le malaise semble grave, même s'il n'y a pas de fièvre, suit les démarches indiquées dans les cas d'accident grave;

- consigne les informations au registre prévu à cette fin.

12. Transport en cas de maladie

Lorsque la maladie de l'élève nécessite un retour à la maison ou un transport au centre hospitalier le plus près, les mesures suivantes s'appliquent:

- si l'école est située à La Sarre ou dans une autre municipalité où un service de taxi est disponible, c'est d'abord ce moyen de transport qui est privilégié;

- pour les municipalités où il n'y a pas de service de taxi, la direction de l'école consulte les parents pour vérifier s'ils peuvent eux-mêmes effectuer le transport. Dans ce cas, la direction leur remet le formulaire **"Autorisation de transport d'un élève"**[14];

- si la direction de l'école ne peut faire transporter l'élève par ses parents, elle s'adresse à toute autre personne de son choix et lui remet le formulaire **"Autorisation de transport d'un élève"**.

13. Transport suite à un accident d'élève

Lorsqu'un accident d'un élève nécessite son transport au centre hospitalier le plus près, la direction de l'école fait effectuer ce transport par taxi ou ambulance selon la nature et l'urgence de l'accident[15]. La direction de l'école remet au transporteur le formulaire **"Autorisation de transport d'un élève"**.

Le **Service des ressources matérielles et financières** acquittera la facture et le **Service des ressources humaines** se chargera de faire suivre la réclamation auprès des assureurs.

---

[14] Le remboursement sera effectué au taux en vigueur à la commission scolaire sans toutefois excéder quinze (15) dollars par transport, aller et retour compris.

[15] Dans le cas d'une noyade ou d'une semi-noyade, le transport devrait toujours être effectué par une ambulance.

14. Protocole quant aux médicaments

AUCUN médicament ne doit être administré dans les écoles sauf dans les cas de prescriptions médicales où l'élève fournit le médicament et doit le prendre à l'intérieur de son horaire régulier. Dans ce dernier cas, le formulaire "Autorisation concernant l'administration de médicaments à l'école" doit être dûment complété, signé et versé au dossier de l'élève concerné[16]. L'annexe 11 explicite les procédures afférentes à ce dernier cas.[16]

15. Cours de secourisme

La commission scolaire organise si nécessaire des cours de premiers soins ou de secourisme à l'intention du personnel des écoles et plus spécifiquement à l'intention du personnel assigné aux premiers soins. Ces cours sont organisés en collaboration avec l'**Ambulance Saint-Jean** de la région 08.

[16] Voir annexe 10.

Renseignements et Autorisation

Nom de l'élève: _____ Date de naissance: _____ No assurance-maladie: _____

EN CAS D'URGENCE:

Père ou tuteur: _____ tél. résidence - bureau
(nom et prénom)

Mère: _____ tél. résidence - bureau
(nom et prénom)

Autre personne pouvant être rejointe si les parents sont absents:

_____ tél. résidence - bureau
(nom et prénom)

L'ÉLEVE SOUFFRE-T-IL D'UNE:

Maladie? _____ Si oui, spécifiez: _____

Infirmité? _____ Si oui, spécifiez: _____

Allergie aux médicaments? ____ Si oui, spécifiez: _____

Autre allergie? _____ Si oui, spécifiez: _____

L'ÉLEVE PREND-IL DES MEDICAMENTS D'UNE FACON REGULIERE?

Si oui, lesquels? _____

Pourquoi? _____

L'ÉLEVE EST-IL SUIVI REGULIEREMENT PAR UN MEDECIN?

Si oui, nom du médecin _____

Autorisation de soins dans les cas de malaise ou d'accident nécessitant une référence au centre hospitalier

J'autorise le personnel à administrer les traitements appropriés en cas d'urgence. De plus, je m'engage à informer l'école de tout changement concernant l'état de santé de l'élève.

_____
Signature du parent ou du tuteur de l'élève de moins de 14 ans

Date: _____

_____
Signature de l'élève

LOI DE LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Article 42 Un établissement ou un médecin peut fournir les soins ou traitements requis par l'état de santé d'un mineur âgé de quatorze ans ou plus, avec le consentement de celui-ci, sans qu'il soit nécessaire d'obtenir le consentement du titulaire de l'autorité parentale; l'établissement ou le médecin doit toutefois avertir le titulaire de l'autorité parentale; l'établissement ou le médecin doit toutefois avertir le titulaire de l'autorité parentale en cas d'hébergement pendant plus de douze heures ou de traitements prolongés.

Lorsqu'un mineur est âgé de moins de quatorze ans, le consentement du titulaire de l'autorité parentale doit être obtenu; toutefois, en cas d'impossibilité d'obtenir ce consentement ou lorsque le refus du titulaire de l'autorité parentale n'est pas justifié par le meilleur intérêt de l'enfant, un juge de la Cour supérieure peut autoriser les soins ou traitements.

Cette loi est en vente chez:

L'ÉDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC
Ministère des Communications
675, boulevard St-Cyrille
G1R 4Y7

(643-5150 ou 643-8055)

Le paiement doit accompagner la commande.

Continental® Canada

RAPPORT D'ACCIDENT

Commission scolaire ABITIBI Police No 2250011

Personne responsable Marcel Chouinard, coordonnateur SRH Tél. No (819) 333-5411

RÉCLAMANT

1. Nom _____ Prénom _____ Âge _____
2. Adresse _____ Tél. No _____
3. École _____ Tél. No _____ Personne a contacter _____
4. Date _____ Heure: A.M. _____ P.M. _____
5. Lieu de l'accident: École _____ Cour _____ Autre _____
6. a) Decrire brièvement l'incident _____

   b) Decrire la blessure _____
7. Nom du professeur responsable au moment de l'accident _____
8. Mesures immédiates:

   Premiers soins _____

   Transport au Service de Santé _____

   Transport à la maison _____

   Transport à l'hôpital _____
9. Témoins: 1. Nom _____ Tél. No _____

   Adresse _____

   2. Nom _____ Tél. No _____

   Adresse _____

Signature _____ Date _____

Reservé À La Compagnie D'Assurance

Dossier No.	Responsable du Dossier

COMMISSION SCOLAIRE ABITIBI
Service des Ressources humaines

REGISTRE DE PREMIERS SOINS

DATE	HEURE	NIVEAU	NOMS	EXPLICATIONS

Ce registre vise à prendre note de l'incidence des accidents mineurs à l'école ou des malaises et à y remédier au besoin. Dépendamment des ressources de chaque école, la direction doit tendre à utiliser ce registre.

CENTRE HOSPITALIER LA SARRE
C.P. 6000 LA SARRE (Qc) J9Z 2X7

POLITIQUE

EXPÉDITEUR : YVON LYRETTE, D.S.I.	PRÉPARÉE PAR: Suzanne Nantel, adjointe D.S.I. SANCTIONNÉE PAR :	NO : DSI-1986-27
DESTINATAIRE : Infirmière-chef de l'urgence	EN VIGUEUR LE : 23 décembre 1986	

OBJET :

ÉTUDIANT(E) RÉFÉRÉ(E) AU CENTRE HOSPITALIER

COPIES ENVOYÉES À : Monsieur Marcel Chouinard, Coordonnateur
Commission Scolaire Abitibi - Polyno

La direction de l'école ou la personne en autorité qui décide d'envoyer un enfant au Centre hospitalier La Sarre dans un cas d'urgence devra aviser l'infirmière à la salle d'urgence et lui donner les détails pertinents sur la nature de la blessure, de l'accident, etc. Exemple : Chute d'une hauteur de 5 pieds, perte de conscience, coupure au front, etc.

L'infirmière prendra les mesures nécessaires afin de minimiser la période d'attente de l'étudiant. Le personnel de la salle d'urgence verra à assurer les premiers soins à son arrivée et fera voir au médecin l'étudiant dans les plus brefs délais selon la gravité des cas.

Le personnel de la salle d'urgence avertira l'autorité de l'école ou les parents de la décision du médecin soit de garder ou non l'élève au Centre hospitalier.

L'escorte doit apporter au Centre hospitalier la fiche de renseignements de l'étudiant, s'il y a lieu. Les informations sont souvent données par téléphone lors de l'appel à l'urgence.

Si la visite à l'urgence s'effectue vers la fin des classes, la direction de l'école émet une note nous avisant que l'étudiant est autorisé à retourner chez lui en taxi.

Yvon Lyrette
Directeur des soins infirmiers

YL/np

REVISIONS	
1ère	14 février 1994
2ième	
3ième	
4ième	

Autorisation de transport d'un élève

COCHEZ SELON LE CAS:

Transport pour cause d'accident ☐ ou de maladie ☐

Transport effectué par: ambulance ☐

taxi ☐

parent ☐

autre ☐ spécifiez _____

Veuillez conduire: _____
Nom et prénom de l'élève

De _____ à _____

_____
Signature de la personne autorisée

RECLAMATION DU TRANSPORTEUR

A- Dans le cas d'une ambulance ou d'un taxi:

Faire parvenir la facture à l'adresse ci-dessous.

B- Dans les autres cas:

Mes frais pour le transport ci-dessus autorisé sont les suivants:

_____ km X 0,25 $ = _____$

N.B.: Toutefois, le remboursement de tels frais aux parents **ne devra pas excéder 15 $ en cas de maladie.**

_____
Date de l'accident

_____
* Signature du réclamant

_____
Adresse

* Lorsque c'est la mère qui signe la réclamation, elle doit donner son nom à la naissance.

FAIRE PARVENIR A: COMMISSION SCOLAIRE ABITIBI
a/s Régisseur du transport
500, rue Principale
La Sarre (Québec)
J8Z 2A2

Commission scolaire Abitibi
SERVICES DES RESSOURCES HUMAINES

Chers parents,

Nous tenons à vous informer que votre enfant a subi, aujourd'hui, un accident à l'école. Comme vous le savez sans doute, la Commission scolaire Abitibi possède une assurance-accident pour l'ensemble de ses élèves.

Afin de connaître les garanties prévues à cette police d'assurance-accident, nous vous invitons à consulter le feuillet "La Survivance" qui vous a été remis en début d'année scolaire et où il est mentionné ***"Résumé des avantages offerts aux étudiants réguliers de La Commission scolaire Abitibi (année scolaire 1993-1994)".***

Si vous avez droit à une réclamation, vous devez utiliser le (ou les) formulaire(s) ci-joint(s) et le(s) poster vous-même dans les trente jours de l'accident à "La Survivance". Afin d'accélérer le règlement de votre demande de remboursement, nous vous suggérons de suivre les étapes suivantes:

1. *Indiquer le numéro de police d'assurance (696,183);*
2. *Remplir la partie "DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE";*
3. *Demander au médecin (chiropraticien, orthophoniste, etc...) qui a traité votre enfant de remplir la "DÉCLARATION DU MÉDECIN TRAITANT". Il est à noter que le médecin peut exiger des frais pour remplir ce formulaire;*
4. *Faire signer le directeur de l'école;*
5. *Poster la réclamation et les pièces justificatives à:*

La Survivance
C.P. 10 000
St-Hyacinthe (QUÉBEC)
J2S 7C8

Pour plus d'informations au sujet de vos réclamations, vous pouvez contacter madame Josée Lapierre à ***La Survivance*** *au numéro de téléphone (514) 773-6051 ou au 1-800-363-1334.*

La direction,

500, RUE PRINCIPALE • LA SARRE (QUÉBEC) • J9Z 2A2 • TÉL.: (819) 333-5411 / FAX: (819) 333-3044

Annexe 8

RECLAMATION EN CAS D'ACCIDENT (ETUDIANTS)
CLAIM IN CASE OF ACCIDENT (STUDENT)

Police Numéro: 696,183
Policy Number:

C.P.10 000 ST-HYACINTHE QUE. J2S 7C8

NOM AU COMPLET DE L'ASSURE(E) / *FULL NAME OF INSURED* : COMMISSION SCOLAIRE ABITIBI

DATE DE NAISSANCE / *DATE OF BIRTH* : J-D M A-Y

NO. DE TELEPHONE / *TELEPHONE NO.* :

NO. D'ASSURANCE SOCIALE / *SOCIAL INSURANCE NO.* :

ADRESSE DE L'ASSURE(E) / *ADDRESS OF INSURED* : 50 (No.) Rue Principale (Rue - *Street*) La Sarre (Ville ou Village - *City or Town*) Qué. (Prov.) J9Z 2A2 (Code POSTAL *Code*)

DECLARATION DE LA PERSONNE ASSUREE - STATEMENT OF INSURED PERSON

Nom de l'institution fréquentée: / *Name of the school:*

Nom de la Commission Scolaire: / *Name of School Bord Commission:*

Date de l'accident : / *Date accident occurred :*

Heure exacte : / *Exact time :* A.M. ☐ P.M. ☐

Lieu de l'accident : / *Place of the accident :*

Activité exercée au moment de l'accident : / *Duties performed when accident occurred :*

Genre d'accident : (détails S.V.P.) / *Kind of accident :* (give details)

Nature des blessures : / *Nature of injuries :*

J'autorise par les présentes, mon médecin à fournir les renseignements demandés pour cette réclamation - *I hereby authorize my physician to release the information requested with respect of this claim.*

Nom du pere (en lettres moulées) - *Name of father (please print)*

Adresse (en lettres moulées) - *Address (please print)*

Date _____ 19 ___

Signature du pere ou de l'assure(e) - *The signature of the father or the insured.*

IMPORTANT Ne pas oublier d'inclure les comptes ou les reçus originaux justifiant les dépenses encourues. - Les honoraires de médecins pour compléter des rapports médicaux sont aux frais de l'assuré.
All expenses must be supported by a receipt. - Medical fees for completion of medical reports are to be paid by the claimant.

DECLARATION DE L'INSTITUTION (si l'étudiant(e) est assuré(e) durant les heures régulières de classe seulement).
STATEMENT OF THE SCHOOL AUTHORITIES (if the insured is covered during school hours only).

Nous attestons qu'au moment de l'accident, l'étudiant(e) plus haut mentionné(e) était inscrit(e) à nos cours réguliers. OUI ☒ NON ☐

Nous attestons que l'accident s'est produit durant une activité approuvée par l'institution et sous surveillance. OUI ☒ NON ☐

We certify that it the time of the accident the aboved mentioned student was a full time student. YES ☐ NO ☐

We certify that the accident occurred during regular school hours under school surveillance. YES ☐ NO ☐

Date _____ 19 ___

Signature du directeur de l'école, du directeur des services aux étudiants ou de son délégué.
Signature of the director of the school, the director of the student services or his substitute.

DECLARATION DE L'EMPLOYEUR (si la police prévoit une indemnité hebdomadaire).
EMPLOYER'S STATEMENT (if the policy provides for a weekly income benefit).

Date à laquelle l'Assuré fut absent de son travail pour la première fois à cause de la présente invalidité.
Date Insured was first absent from work in present disability. _____ 19 ___

à laquelle il a repris son travail. - *Date work was resumed.* _____ 19 ___

Employeur
Employer _____

Date _____ 19

Nom du patient - Patient's Name _____

Adresse - Address _____

NERAL

1 - Diagnostic (décrivez les complications, s'il y a lieu) - *Diagnosis (describe complications, if any).*

2- Est-ce un cas concernant la C.S.S.T. ou la R.A.A.Q.? - *Is this a Health and Security Workmen's Compensation Board case or of R.A.A.Q.?*

OUI - *YES* ☐ NON - *NO* ☐

3 - L'état est-il dû à une grossesse? - *Is condition due to pregnancy?* OUI - *YES* ☐ NON - *NO* ☐

Si "OUI" quelle était la date approximative du début de la grossesse?
If "YES" what was approximate date of commencement of pregnancy? _____ 19 ____

4 - S'il s'agit d'une hospitalisation, donnez le nom de l'hôpital et la date du début de l'hospitalisation.
If hospitalized give name of hospital and date of admission.

_____ Date _____ 19 ____

DICAL

5 - Dates des visites (✓), (N) de nuit, de jours fériés, ou d'urgence. - *Dates of visits (✓), (N) for night, holiday or emergency.*

Lieu - *Place*	Mo. - *Mo.*	A.-*Y.*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	3
Bureau *Office*																																	
Hôpital *Hospital*																																	
Domicile *Home*																																	

ions pour
le temps
of time
nefit

6 - a) D'après ma conviction, le patient a été totalement invalide (dans l'impossibilité de travailler)
To the best of my knowledge, the patient has been totally disabled (unable to work)

du *from* _____ 19 ____ au *to* _____ 19 ____ y compris *inclusive*

b) S'il est toujours invalide, donnez la date approximative à laquelle le patient devrait reprendre son travail.
If still disabled give approximate date patient should be able to return to work.

Date _____ 19 ____

7 - Combien de temps le patient a-t-il ou sera-t-il partiellement invalide? - *How long was or will patient be partially disabled?*

du *from* _____ 19 ____ au *to* _____ 19 ____ y compris *inclusive*

upplé-
taires
éraux
ehensive
Medical

8 - Quand le patient vous a-t-il consulté la première fois pour cet état? - *When did patient first consult you for this condition?*

Date _____ 19 ____

9 - D'après votre conviction - *To the best of your knowledge.*

a) Quand les symptômes sont-ils apparus ou l'accident eut-il lieu? - *When did symptoms first appear or accident happen?*

Date _____ 19 ____

b) Le patient a-t-il jamais été dans cet état-là ou dans un état analogue? - *Has patient ever had same or similar condition?* OUI - *YES* ☐ NON - *NO* ☐
Si "OUI", mentionnez quand et veuillez détailler - *If "YES", state when and describe.*

10 - Décrivez toutes les autres invalidités ou maladies affectant l'état actuel. - *Describe any other disease or infirmity affecting present condition.*

arques
—
narks

DATE _____ 19 ____ Signature _____

Adresse
Address _____
No. rue - *street* Ville - *City* Province

AUTORISATION DU PATIENT OU DU TUTEUR - AUTHORIZATION OF PATIENT OR GUARDIAN

Par la présente, j'autorise l'assureur et le détenteur de police collective à fournir tous les renseignements requis concernant cette réclamation.
I hereby authorize the release to the insurer and the Group Policyholder of any information requested in respect of this claim.

DATE _____ 19 ____ _____
Signature du Patient ou du Tuteur s'il est mineur

Annexe 9

LA SURVIVANCE
COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE-VIE

FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec

ARTIE DENTISTE

ESSE

ILLE, PROVINCE

ODE POSTAL

ÉLÉPHONE

NO D'ASSURANCE SOCIALE

NOM DU PATIENT | PRÉNOM(S)

ADRESSE | APP.

VILLE | PROVINCE

CODE POSTAL | TÉLÉPHONE

ATE DU ITEMENT MOIS	ANNÉE	CODE INT. DES DENTS	CODE DU PROCÉDÉ	SURFACES DES DENTS	FRAIS DE LABORATOIRE	HONORAIRES DU DENTISTE	TOTAL DES FRAIS DEMANDÉS

ièse: Reçu avec date de la mise en bouche.

RESENTE EST UNE DECLARATION EXACTE DES SOINS OUS ET DES HONORAIRES DEMAMDES S.E.&O.

TOTAL DES HONORAIRES DEMANDES

SIGNATURE DU DENTISTE | DATE | JOUR | MOIS | ANNEE

RVE AU DENTISTE. POUR DES RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES SUR LE DIAGNOSTIC, LES ACTES, LES ICATIONS ET CONSIDERATIONS SPÉCIALES.

EUT QUE LES HONORAIRES ET LES FRAIS INDIQUES SUR FORMULE NE SOIENT PAS COUVERTS PAR LA GARANTIE DE SSURANCE OU QU'ILS NE SOIENT COUVERTS QU'EN PAR- COMPRENDS DONC QU'IL M'INCOMBE DE VOIR A CE QUE ENTISTE SOIT INTÉGRALEMENT RÉMUNÉRÉ POUR LE TRAI- T RENDU. JE CONSENS A CE QUE TOUS LES RENSEIGNE- CONTENUS DANS LA PRESENTE DEMANDE SOIENT UES A MON ORGANISME ASSUREUR OU A SES MANDA-

PAR LA PRÉSENTE JE RENONCE AUX INDEMNITÉS VERSÉES A LA SUITE DE CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT. JE CONSENS A CE QU'ELLES SOIENT VERSÉES DIRECTEMENT AU DENTISTE SUSNOMME

SVP payer au participant

SIGNATURE DU PATIENT (OU DU PARENT/GARDIEN) | SIGNATURE DU PARTICIPANT

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME

e PARTIE ASSURÉ/PARTICIPANT

REMPLIR CETTE PARTIE AVANT DE LA PRÉSENTER AU DENTISTE

ATIENT: LIEN DE PARENTE OU AUTRE AVEC L'ASSURÉ

ATE DE NAISSANCE

NFANT ÂGÉ DE 21 ANS OU PLUS: ÉTUDIANT ☐ HANDICAPÉ ☐

ES SOINS DENTAIRES SONT-ILS COUVERTS PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE OU RÉGIME ASSURANCE-SOINS DENTAIRES? ☐ NON ☐ OUI

UMÉRO DE POLICE 696,183

OM DE L'ORGANISME ASSUREUR COMMISSION SCOLAIRE ABITIBI

N TRAITEMENT EST-IL RENDU NÉCESSAIRE À LA SUITE D'UN ACCIDENT? ☐ NON ☐ OUI

DIQUER LA DATE ET PRÉCISER

T-CE QU'IL Y A DES SOINS ORTHODONTIQUES? ☐ NON ☐ OUI

NS LE CAS D'UNE PROTHÈSE, D'UNE COURONNE OU D'UN PONT, EST-CE LA EMIERE POSE? ☐ NON ☐ OUI

DIQUER LA DATE DE LA POSE PRÉCÉDENTE ET LA RAISON DU REMPLACEMENT.

RISE LA DIVULGATION À L'ASSUREUR OU À SES AGENTS DE TOUT RENSEIGNEMENT OU DOSSIER A CETTE DEMANDE DE RÈGLEMENT, JE DÉCLARE QU'À MA CONNAISSANCE CES RENSEIGNE- SONT VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

SSURÉ: NOM (EN LETTRES MOULÉES)

DRESSE:

3e PARTIE TITULAIRE DE POLICE

1. POLICE NUMÉRO 696,183

SUFFIXE | COMPTE/DIV.

2. NOM DE L'ASSURÉ

3. N.A.S. / / — / / — / /

4. NUMÉRO DE CERTIFICAT

	JOUR	MOIS	ANNEE
5. DATE D'ASSURANCE			
6. DATE D'ASSURANCE-PERSONNE À CHARGE			
7. DATE DE RÉSILIATION			

8. DEMANDE D'INDEMNITÉ SOUMISE AUPRÈS DE LA COMMISSION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL: ☐ NON ☐ OUI

9. TITULAIRE DE POLICE

COMMISSION SCOLAIRE ABITIBI

SIGNATAIRE AUTORISÉ

LA SURVIVANCE
COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE VIE

DENTAL CLAIM FORM

Approved by
the Quebec Dental Surgeons Association

PART 1 DENTIST

NAME

ADRESS

CITY, PROV.

POSTAL CODE

TELEPHONE

SOCIAL INS. NUMBER

PATIENT'S LAST NAME | GIVEN NAME(S)

ADRESS | APT.

CITY | PROV.

POSTAL CODE | TELEPHONE

ATE OF ERVICE MO	YR	INT TOOTH CODE	PROCEDURE CODE	TOOTH SURFACES	LABORATORY CHARGE	DENTIST'S FEE	TOTAL CHARGE

ure: Receipt with date of insertion.

IS AN ACCURATE STATEMENT OF SERVICES PERFORMED FEES CHARGED E.& OE.

TOTAL SUBMITTED FEE

DENTIST'S SIGNATURE | DATE | DAY | MONTH | YEAR

DENTIST'S USE ONLY. FOR ADDITIONAL INFORMATION RE: DIAGNOSIS, PROCEDURES, OR COMPLICATIONS, AND IAL CONSIDERATIONS.

ERSTAND THAT THE FEES LISTED IN THIS CLAIM MAY NOT BE RED BY OR MAY EXCEED MY POLICY BENEFITS. I UNDERS- THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE TO MY DENTIST FOR NTIRE COST OF THE TREATMENT. I AUTHORIZE RELEASE OF FORMATION CONTAINED IN THIS CLAIM FORM TO MY INSU- COMPANY OR ITS AGENTS

SIGNATURE OF PATIENT (OR PARENT/GUARDIAN)

I HEREBY AB[illegible] BENEFITS PAYABLE FORM THIS CLAIM TO THE ABOVE NAME[illegible] AUTHORIZ[illegible] PAYABLE DIRECTLY TO HIM

Please pay subscriber

SIGNATURE OF SUBSCRIBER

FOR PLAN ADMINISTRATOR USE ONLY

FOR PLAN ADMINISTRATOR USE ONLY

ART 2 INSURED/SUBSCRIBER

COMPLETE THIS PART BEFORE TAKING THE FORM TO YOUR DENTIST'S OFFICE

ATIENT: RELATIONSHIP TO INSURED

ATE OF BIRTH

CHILD AGE 21 OR OVER INDICATE STUDENT ☐ HANDICAPPED ☐

RE ANY DENTAL BENEFITS OR SERVICES PROVIDED UNDER ANY OTHER GROUP INSURANCE OR DENTAL LAN? ☐ NO ☐ YES

OLICY NUMBER

AME OF INSURING AGENCY

ANY TREATMENT REQUIRED AS THE RESULT OF AN ACCIDENT? ☐ NO ☐ YES

VE DATE AND DETAILS

ANY TREATMENT FOR ORTHODONTIC PURPOSES? ☐ NO ☐ YES

DENTURE, CROWN OR BRIDGE, IS THIS INITIAL PLACEMENT? ☐ NO ☐ YES

VE DATE OF PRIOR PLACEMENT AND REASON FOR REPLACEMENT.

UTHORIZE THE RELEASE OF ANY INFORMATION OR RECORDS REQUESTED IN RESPECT OF THIS CLAIM THE INSURER OR ITS AGENTS AND CERTIFY THAT THE INFORMATION GIVEN IS TRUE, CORRECT AND OMPLETE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE.

SURED: NAME (PLEASE PRINT)

DRESS:

ATE | DAY | MONTH | YEAR | SIGNATURE:

PART 3 POLICYHOLDER

1. POLICY NUMBER

SUFFIX | ACC./DIV.

2. NAME OF INSURED

3. S.I.N. / / — / / — / /

4. CERT. NO.

	DAY	MONTH	YEAR
5. DATE INSURED			
6. DATE DEPENDENT INSURED			
7. DATE TERMINATED			

8. IS CLAIM BEING MADE FOR WORKMEN'S COMPENSATION BENEFITS? ☐ NO ☐ YES

9. POLICY HOLDER

SIGNATURE OF AUTHORIZED OFFICIAL

DATE | DAY | MONTH | YEAR

Autorisation
concernant l'administration
de médicaments
à l'école

Nom de l'élève:_____ École:_____

Titulaire:_____ Pavillon:_____

Niveau:_____

Médicaments utilisés par l'élève:

Contre indication aux médicaments:

Précautions à prendre:

Façon d'administrer les médicaments (posologie, fréquence, heure...):

Autres informations jugées nécessaires:

Je soussigné, _____, autorise le personnel de l'école _____ à administrer à mon enfant _____ les médicaments suivants:

J'autorise également la direction de l'école à communiquer, si nécessaire, avec le pharmacien qui a délivré la prescription, à savoir:

afin d'obtenir tout renseignement utile à l'administration de ladite prescription.

J'affirme que ces médicaments sont prescrits par un médecin reconnu et nécessaires à la santé de mon enfant et je dégage le personnel de l'école de toute responsabilité relative à l'administration desdits médicaments.

En foi de quoi j'ai signé à _____

ce _____ jour du mois de _____ 199 .

_____

PROCÉDURES D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE

Objectif:

Etablir des procédures préventives en milieu scolaire afin d'assurer l'administration de médicaments d'une façon sécuritaire.

N.B.: **Les actes posés par le personnel des écoles sont des actes exécutés de bonne foi et non pas des actes infirmiers ou médicaux.**

PARENTS

1- Encourager l'enfant à se préoccuper de son état de santé et à être autonome le plus rapidement possible face à la prise de médicaments.
2- Lui fournir des moyens pour l'encourager à penser de prendre ses médicaments en respectant la posologie s'il a l'âge et l'autonomie requis.
3- Si l'enfant doit prendre des antibiotiques ou autres obtenir du médecin la prescription et les informations utiles.
4- Déterminer les heures pour la prise des médicaments qui nuisent le moins possible au fonctionnement de leur enfant à l'école.
5- Fournir à l'école les médicaments requis.
6- Fournir à l'école toute l'information pertinente concernant l'état de santé de l'enfant.
7- Signer le formulaire pour autoriser l'application des présentes procédures.

ENSEIGNANT(E)

1- Si l'enfant n'est pas autonome face à la prise de médicaments, faire signer le formulaire de désengagement aux parents. (voir annexe)
2- Prendre connaissance de la façon d'administrer le médicament en étant attentif aux commentaires des parents.
3- Administrer les médicaments selon les besoins.
4- Garder un contact étroit avec les parents pour les informer de toute modification de la situation et en aviser la direction et l'infirmière si cette dernière est présente.
5- Collaborer avec la direction de l'école pour favoriser l'application de ces procédures.

DIRECTION

1- Voir à l'application des procédures.
2- S'assurer que les enseignants(es) ont reçu la feuille de désengagement et ont bien compris les procédures.
3- Fournir un lieu sécuritaire et accessible pour y conserver les médicaments.
4- Communiquer avec les parents s'il arrive une situation complexe.

MESSAGE IMPORTANT

Il est interdit d'administrer des médicaments aux enfants sans prescription et sans que les procédures suivantes aient été respectées.