



TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX PONCTUELS

ONE-TIME DRUG THERAPY

用藥時間

Afin d'accompagner votre enfant dans la prise de son traitement en toute sécurité, merci de renseigner les informations suivantes :
為陪同孩子安全用藥，煩請填寫回答以下資訊：

To allow us to help your child to take safely her /his medication, thank you to let us know:

IDENTITÉ DE L'ENFANT

CHILD IDENTITY

學生身分

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT

學生姓名

NAME AND GIVEN NAME OF THE CHILD

CLASSE

班級

GRADE

MÉDICAMENT 1

藥物1

MÉDICAMENT 1

MÉDICAMENT 2

藥物2

MÉDICAMENT 2

NOM DU MÉDICAMENT

藥品名

NAME OF THE MEDICAMENT

NOM DU MÉDICAMENT

藥品名

NAME OF THE MEDICAMENT

VOIE D'ADMINISTRATION

用藥途徑

ROUTE OF ADMINISTRATION

VOIE D'ADMINISTRATION

用藥途徑

ROUTE OF ADMINISTRATION

MOMENTS D'ADMINISTRATION

用藥時機

TIME OF ADMINISTRATION

MOMENTS D'ADMINISTRATION

用藥時機

TIME OF ADMINISTRATION

DATE DU DÉBUT DU TRAITEMENT

用藥起始日

STARTING DATE OF MEDICATION

DATE DU DÉBUT DU TRAITEMENT

用藥起始日

STARTING DATE OF MEDICATION

DATE DE FIN DU TRAITEMENT (INCLUE)

用藥結束日

ENDING DATE OF MEDICATION (INCLUDING)

DATE DE FIN DU TRAITEMENT (INCLUE)

用藥結束日

ENDING DATE OF MEDICATION (INCLUDING)

NOM, PRÉNOM, DATE DU JOUR ET SIGNATURE

姓名、日期及簽名

NAME, GIVEN NAME, DATE AND SIGNATURE