

# LA PHARMACIE



**J'ai mal à la tête !**

**Que fait-on ?  
Peut-on donner un Dafalgan?**

- **TU PEUX ADMINISTRER TOUT MÉDICAMENT AVEC PRESCRIPTION MÉDICALE COMPLÈTE (PRODUIT, MODE D'ADMINISTRATION, DOSAGE, FRÉQUENCE ET DURÉE) AINSI QUE LA NOTICE.**
- **TU POURRAS ADMINISTRER TOUT MÉDICAMENT APPORTÉ (AVEC LA NOTICE) PAR LES PARENTS/TUTEURS DE L'ANIMÉ S'IL EST ACCOMPAGNÉ D'UNE AUTORISATION PARENTALE.**

# L'Attestation parentale lors de l'utilisation de médicament

À photocopier en 4 exemplaires et à coller ensuite sur une page A4.  
Fais-en des photocopies pour chaque parent.

## Attestation parentale lors de l'utilisation de médicament

Le ..... 20.....

Je soussigné, .....,  
parent/tuteur de .....

Adresse: .....

Code postal et localité: .....

Numéro de téléphone en cas d'urgence: ..... / .....  
autorise ....., responsable de  
la Chaumière, Ronde, Compagnie, Chaine, Route (biffer les mentions inutiles)  
à donner ..... (nom du médicament)  
..... (quantité par jour) jusqu'au ...../...../.....



Signature:

# CONSEIL

- **UNE SEULE PERSONNE RESPONSABLE DES SOINS**

- **POURQUOI ??**

- **PERMET QU'UNE PERSONNE AIT UNE VUE D'ENSEMBLE SUR LA SANTÉ DE SES ANIMÉS**
    - **PLUS FACILE POUR L'ORGANISATION**

- **QUI ??**

- **AIME LE BOULOT**
    - **ECOUTE ET RASSURE**
    - **UNE PERSONNE QUI EST ATTENTIVE ET OBSERVATRICE, QUI NE PANIQUE PAS RAPIDEMENT, QUI EST ORGANISÉE, QUI N'EST PAS TROP VITE DÉGOÛTÉE ET QUI SUPPORTE LA VUE DU SANG**

# POUR LE CAMP....

Nom et prénom	Affection particulière	Traitement	Allergie	En ordre de tétanos	Sait nager	Réglée	Divers
Isabelle BOCÉBOBO	Fin de bronchite	Achever la boîte de Clamoxyl sirop® (frigo) 1 cuillère 3X/jour au repas	Au lait -> utiliser du soja Attention aux biscuits	OK	oui	non	/
Émilie LAGAFFE	Vite fatiguée	/	/	OK	Non, a peur de l'eau	non	A besoin de 9h de sommeil minimum

# LISTE DES MÉDICAMENTS AUTORISÉS

- **!! CES MÉDICAMENTS NE POURRONT PAS ÊTRE DONNÉS PLUS DE 2 JOURS SANS AVIS MÉDICAL, NI SI UN AUTRE TRAITEMENT EST EN COURS.**
  - **PARACÉTAMOL 500 MG, ANTIDOULEUR ET ANTIFIÈVRE**
    - **NUTONS = DAFALGAN SIROP**
    - **LUTINS = UN DEMI-COMPRIMÉ DE PARACÉTAMOL (250MR)**
    - **GUIDES = UN COMPRIMÉ ENTIER (500 MG)**
  - **LOPÉRAMIDE, POUR LA DIARRHÉE**
    - **NUTONS = ✗**
    - **LUTINS-GUIDES = 1 COMPRIMÉ (2 MG) UNE FOIS PAR JOUR, ENVIRON 1H AVANT L'ACTIVITÉ**

# LISTE DES MÉDICAMENTS AUTORISÉS

- **CRÈME À L'ARNICA, POUR BOSSE, COUP OU BLEU**
- **CRÈME EUCETA OU CALENDEEL, POUR PIQURES ET COUPS DE SOLEIL**
- **DÉSINFECTANT ISOBETADINE OU CEDIUM, ! AUX ALLERGIES À L'IODE**
- **FLAMIGEL, BRULURES OU CLOQUES**

# LA BOITE

- **ÉTANCHE ET HERMÉTIQUE POUR PROTÉGER AU MAXIMUM LE MATÉRIEL QUI S'Y TROUVE.**



# LA TROUSSE DE SECOURS

- **A EMPORTER LORS DES DÉPLACEMENTS !**
  - **DANS UNE BANANE PAR EX.**



# A METTRE DANS LA PHARMACIE

- **COMPRESSES**
- **GANTS À USAGE UNIQUE**
- **CISEAUX**
- **PANSEMENTS**
- **SAVON LIQUIDE, DÉINFECTANT**
- **THÉRMOMETRE**

# A METTRE DEDANS

- **AIGUILLES STÉRILES OU BOITE D'ÉPINGLE**
- **ASPIVENIN**
- **BANDES STELLASTIC**
- **BANDES VELPEAY**
- **COLDPACK**
- **COUVERTURE ISOTHERME**
- **CRÈME SOLAIRE**
- **CRÈME APRÈS-SOLEIL**
- **EAU OXYGÉNÉE**
- **EPINGLES DE SURETÉ**
- **GANT DE TOILETTE**
- **GRAND FOULARD OU TRIANGLE EN TISSU**
- **PANSEMENTS COMPRESSIFS**
- **PANSEMENTS DE TYPE COMPEED**
- **PEIGNE À POUX**
- **PINCE À ÉPILER**
- **PINCE À TIQUE**
- **ROULEAU DE SPARADRAP POUR FIXER LES PANSEMENT**
- **SACHETS EN PLASTIQUE**
- **SERUM PHYSIOLOGIQUE**
- **SERVIETTES HYGIÉNIQUES**
- **TAMPONS ALCOLISÉS**



# NE PAS OUBLIER

- **DE NOTER LES SOINS FOURNIS À UN ANIMÉ**
  - **TIQUES**
  - **COUP SUR LA TÊTE**

# LES DOC ADMINISTRATIFS POUR LES SOINS

- **LA CARTE D'IDENTITÉ (OU KIDS-ID)**
- **VIGNETTE MUTUELLE**
- **ATTESTATION DE MUTUELLE**
  - **LORS VISITE MÉDECIN → IL DONNE UNE ATTESTATION DE MUTUELLE AU NOM DE L'ENFANT EN ÉCHANGE DU PAYEMENT DE LA CONSULT**
  - **RENDRE CE DOCUMENT AUX PARENTS POUR QU'ILS SE FASSENT REMBOURSER PAR LEUR MUTUELLE**
- **SI CAMP À L'ÉTRANGER : CARTE EUROPÉENNE**
- **L'AUTORISATION PARENTALE EN CAS DE PRISE DE MÉDICAMENT (CI-DESSUS)**

# GESTION DES DOCS ADMINISTRATIFS POUR LES SOINS

- **RASSEMBLER DANS UN MÊME DOSSIER :**
  - **LES FICHES SANTÉ**
  - **LES CARTES D'IDENTITÉ**
  - **LES VIGNETTES MUTUELLES**
  - **LES DÉCLARATIONS D'ACCIDENT**

# DÉCLARATION D'ACCIDENT

## • QUAND?

- EN CAS D'ACCIDENT
- LORSQU'ON CONSULTE UN MÉDECIN

## • COMMENT LA REMPLIR ?

- UNE CHEF REMPLIT LA PAGE DE GARDE
- LE MÉDECIN REMPLIT LE CERTIFICAT MÉDICAL AU VERSO
- ENVOYER LA DÉCLARATION D'ACCIDENT AU CARRICK
- LES PARENTS REÇOIVENT UN ACCUSÉ DE RÉCEPTION
- CE SONT LES PARENTS QUI SE CHARGENT DU DOSSIER

## Déclaration d'accident

Numéro de police : CI Assurances AXA 7055885410123

Région : .....	Unité : .....	Branche : .....
<b>RESPONSABLE DU GROUPE</b>		
Nom et prénom : .....		GSM : .....

**Souscripteur à l'assurance et destinataire du formulaire\***

Guides Catholiques de Belgique – ASBL  
Rue Paul-Émile Janson, 35  
1050 Bruxelles  
Tél. : 02/538.40.70  
assurances@guides.be

C'est uniquement à cette adresse  
qu'il faut renvoyer ce formulaire.

**Partie réservée à C.I. Assurances**


Les annexes nous sont revenues complétées :

OUI  NON

<b>Moment de l'accident (entourer) :</b> Camp – Weekend de groupe ou d'Unité – Réunion Autre : .....
--

Date de l'accident : ...../...../20..... Date de naissance de la victime : ...../...../.....

<b>VICTIME</b>	N° de membre GCB** : .....	
Nom et prénoms : .....		
Rue : .....	N° : .....	
Code postal : .....	Localité : .....	
Si la victime est mineure d'âge, nom, prénoms et adresse complète des parents : .....		
Tél./GSM : .....		Adresse E-mail : .....
Coller ici une vignette de la mutuelle		

<b>ACCIDENT</b>		
L'accident a-t-il provoqué le décès de la victime ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Lieu de l'accident : .....	Heure : .....	
Causes et circonstances de l'accident : .....		
L'accident a-t-il été provoqué : par son propre fait <input type="checkbox"/> par le fait d'un tiers <input type="checkbox"/> ou par le fait d'éléments meubles ou immeubles <input type="checkbox"/>		
L'accident a-t-il provoqué des dommages à un tiers ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom et adresse de celui-ci : .....		
N° compte bancaire du tiers pour le règlement : IBAN : .....		code BIC : .....
Identité de la compagnie d'assurance du tiers : .....		n° de son contrat : .....
En cas d'accident de la circulation, la victime était-elle <input type="checkbox"/> piéton <input type="checkbox"/> cycliste <input type="checkbox"/> autre à préciser : .....		
Conducteur du véhicule impliqué : .....		
Nom de sa compagnie d'assurance RC auto : .....		
S'il y a eu un constat officiel, quelle est l'autorité verbalisante ? Police fédérale ou locale de : .....		

Fait à ....., le ...../...../20..... Signature (qualité) : .....

# DÉCLARATION D'ACCIDENT

- **TOUJOURS VÉRIFIER AVANT LE CAMP LE STOCK DE DÉCLARATION D'ACCIDENT**
- **LES PRENDRE LORSQU'ON QUITTE LE CAMP (GRANDE SORTIE, GRAND JEU, ETC.)**