

## MEDICATION ADMINISTRATION

## ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

1. Identification of cadet:

---

(Full name and initials, unit and date of birth)

2. I, \_\_\_\_\_

have been interviewed by health care professionals regarding the administration, care and custody of my medications while at the CSTC/Course/Exchange. I have parental/guardian consent (Annex C).

3. Specifically I have been made aware that it is my responsibility to take my medication in the prescribed dosages and at the required times. I alone am responsible for missing doses.

4. I am aware that medical staff are available should I have questions or concerns regarding my medication.

5. I will maintain custody and security of my medications at all times. I will not share or otherwise give any of my medication to another person.

6. Failure to meet these conditions may result in my RTU and disciplinary action may be taken. I will also be accountable for any medication(s) given to others or not taken by myself.

---

(Cadet signature and date)

1. Identification du cadet :

---

(Nom complet, initiales, unité et date de naissance)

2. Je, \_\_\_\_\_

ai été reçu(e) en entrevue par des professionnels de la santé pour discuter de l'administration, du soin et de la garde de mes médicaments pendant mon séjour au CIEC/au cours/au programme d'échange et j'ai obtenu à ce sujet le consentement de mes parents ou de mon tuteur (annexe C).

3. J'ai été informé(e), plus précisément, que c'est à moi que revient la responsabilité de prendre mes médicaments au dosage prescrit et à l'heure dite.

4. Je sais que du personnel médical me sera accessible si j'ai des questions ou des préoccupations au sujet de mes médicaments.

5. Je maintiendrai en tout temps la garde de mes médicaments et les garderai en sécurité. Je ne les partagerai pas et n'en donnerai d'aucune manière quelque quantité que ce soit à qui que se soit.

6. Mon manquement à ces conditions peut se solder par mon retour à l'unité et des mesures disciplinaires peuvent être prises. Je serai responsable des médicaments donnés à d'autres ou non consommés selon la prescription.

---

(Signature du cadet et date)

7. Identification of cadet:

7. Identification du cadet :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(full name and initials, unit and date of birth)

\_\_\_\_\_  
(nom complet, initiales, unité et date de naissance)

Medication and quantity kept by cadet:

Médicaments et quantités conservés par le cadet :

Medication: \_\_\_\_\_ Quantity: \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Quantity: \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Quantity: \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_

Medication: \_\_\_\_\_ Quantity: \_\_\_\_\_

Médicament : \_\_\_\_\_ Quantité : \_\_\_\_\_