

 **ANNEXE ÉLV 5.4.2**

|  |
| --- |
| **AFFECTION MÉDICALE****PRÉDOMINANTE – ANAPHYLAXIE****Plan de soins** |
| **RENSEIGNEMENTS SUR L’ÉLÈVE** |
| Nom : |  |  | Date de  |  |
|  |  |  | Naissance : |  |
| Année : |  |  | Enseignant(s) |  |
|  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **PERSONNES À CONTACTER EN CAS D’URGENCE (EN ORDRE DE PRIORITÉ)** |
| **NOM** | **LIEN DE PARENTÉ** | **TÉLÉPHONE (JOUR)** | **TÉLÉPHONE (AUTRE)** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

Est-ce qu’un médicament de secours a été prescrit à l’élève?  Oui  Non

Si *oui*, joignez le plan de secours, les directives du fournisseur de soins de santé et l’autorisation du/des parent(s) ou tuteur(s) de l’élève afin qu’une personne formée administre le médicament.

Remarque : La formation requise pour administrer le médicament de secours ainsi que la voie d’administration (p. ex., buccale ou intranasale) doivent être déterminées en collaboration avec un professionnel de la santé réglementé.

|  |
| --- |
| **ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS CONNUS D’UN DANGER DE MORT** |
| COCHEZ () TOUS LES ÉLÉMENTS QUI S’APPLIQUENT |
| Aliment(s) | Piqûres d’insectes | Autres éléments déclencheurs |
|  |  |  |
| Auto-injecteur(s) d’épinéphrine : Dose | EpiPen® Jr. 0,15 mg | EpiPen® 0,30 mg |
|  |  |  |
| Date d’expiration |  | Emplacements(s) |  |

L’élève a déjà eu une réaction anaphylactique. Il court un plus grand risque.

L’élève fait de l’asthme. Il court un plus grand risque. S’il a une réaction anaphylactique et qu’il a de la difficulté à respirer, donnez-lui l’épinéphrine avant le médicament pour l’asthme.

Autres affectations médicales ou allergies :

|  |
| --- |
|  **GESTION QUOTIDIENNE DE L’ANAPHYLAXIE** |
| **SYMPTÔMES**UN ÉLÈVE AYANT UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE PEUT PRÉSENTER N’IMPORTE LEQUEL DES SIGNES ET DES SYMPTÔMES SUIVANTS : |
| * **Système cutané (peau) :** urticaire, enflure (visage, lèvres, langue), démangeaison, peau chaude ou rouge
* **Système respiratoire :** toux, respiration bruyante, souffle court, oppression ou douleur à la poitrine, gorge serrée, voix enrouée, congestion nasale ou symptômes comme ceux de la fièvre des foins (nez ou yeux qui coulent ou qui piquent, éternuement), difficulté à avaler
* **Système gastro-intestinal :** nausée, vomissement, diarrhée, douleurs ou crampes abdominales
* **Système cardiovasculaire :** peau plus pâle qu’à l’habitude, cyanose (peau bleue), pouls faible, évanouissement, étourdissement ou faiblesse, état de choc
* **Autres :** anxiété, sentiment que quelque chose de mauvais est sur le point de se produire, mal de tête, crampes utérines, goût métallique

**UNE RECONNAISSANCE RAPIDE DES SYMPTÔMES ET UN TRAITEMENT IMMÉDIAT PEUVENT SAUVER LA VIE D’UNE PERSONNE.** |
| **Éviter** un allergène est le principal moyen de prévenir une réaction allergique.**MESURES** |
| **Allergènes alimentaires :** Manger même une petite quantité d’un aliment particulier peut causer une grave réaction allergique.**Aliments à éviter :****Mesures de sécurité :****Piqûres d’insectes :** Le risque est plus élevé dans les mois où la température est plus élevée. Évitez les endroits où les insectes font leurs nids ou se rassemblent. Détruisez ou enlevez les nids, couvrez ou déplacez les poubelles, et conservez la nourriture à l’intérieur.**Zone désignée pour magner à l’intérieur de l’école :****Mesures de sécurité :** **Autres renseignements :** |

**RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ (FACULTATIFS)**

**Il peut s’agir des personnes suivantes** : médecin, personnel infirmier praticien, personnel infirmier autorisé, pharmacien, thérapeute respiratoire, éducateur certifié dans le domaine respiratoire, **éducateur certifié dans le domaine de l’anaphylaxie.**

Nom

Profession ou rôle

Signature

Date

Instructions spéciales, notes ou étiquettes de médicaments sur ordonnance :

Si un médicament est prescrit, veuillez indiquer la dose, la fréquence et la méthode d’administration, la période à laquelle s’applique l’autorisation de l’administrer et les effets secondaires possibles.

 Ces renseignements peuvent demeurer au dossier tant que l’état de santé de l’élève ne change pas.

**AUTORISATION ET RÉVISION DU PLAN**

PERSONNES À QUI CE PLAN DE SOINS DOIT ÊTRE COMMUNIQUÉ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.  | 2.  | 3.  |
| 4.  | 5.  | 6.  |
| Autres personnes à contacter au sujet de ce plan : |
| Programme avant l’école |  Oui |  Non |   |
| Programme après l’école |  Oui |  Non |   |

Conducteur d’autobus scolaire (no du trajet)

Autres

**Ce plan restera en vigueur pour l’année scolaire 20 –20 sans être modifié. Il sera révisé au plus tard le** .

Il appartient au/aux parent(s) ou tuteur(s) d’aviser la direction de l’école s’il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l’année scolaire.

Parent(s) ou tuteur(s) Signature

Élève Signature

Direction Signature

Date Date

Date

Page **3** de **3**