 **ANNEXE ÉLV 5.4.5**

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

|  |
| --- |
| **PRÉCISER LA CONDITION MÉDICALE PRÉDOMINANTE - AUTRE** |
|  |

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

|  |
| --- |
| **ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS CONNUS** |
| PRÉCISEZ (✓) TOUS LES ÉLÉMENTS QUI S’APPLIQUENT |
| ❒ Autres (précisez) |
| ❒ Autres (précisez) |
| ❒ Autres (précisez) |
| Instructions pour éviter de déclencher une crise |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **GESTION QUOTIDIENNE DE LA CONDITION MÉDICALE** | | | | |
| **Préciser les détails et tout autre renseignement important** | | | | |
| |  | | --- | | Instructions pour la gestion quotidienne de la condition médicale. Détails sur les mesures à prendre pour éviter une crise | |  | | | | | |
| **UTILISATION DE MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE À L’ÉCOLE ET DURANT LES ACTIVITÉS SCOLAIRES** | | | | |
| Veuillez préciser les médicaments qui sont prescrits pour contrôler l’affection médicale. | | | | |
| NOM DU MÉDICAMENT | DOSAGE | FRÉQUENCE | | RAISON DU MÉDICAMENT | |
| 1. |  |  | |  | |
| 2. |  |  | |  | |
| 3. |  |  | |  | |
| 4. |  |  | |  | |
| 5. |  |  | |  | |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ (FACULTATIFS)** | | | | | |
| **Il peut s’agir des personnes suivantes**: médecin, personnel infirmier praticien, personnel infirmier autorisé, pharmacienne ou pharmacien, thérapeute respiratoire, éducateur certifié dans le domaine respiratoire, éducateur certifié dans le domaine de l’asthme, etc.  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 partenaires 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) | | | | | | | Date |
|  | Signature | | | |  | | |
| Élève | | | | | | | Date |
|  | Signature | | | |  | | |
| Direction | | | | | | | Date |
|  | Signature | | | |  | | |