 **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 |  |