Logo   
du conseil

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANAPHYLAXIE **Plan de soins** (exemple) | | |
| **RENSEIGNEMENTS SUR L’ÉLÈVE** | | |
|  | | Photo  (facultative) |
| Nom | Date de  naissance |
| No d’élève | Âge |
| Année | Enseignant(s)  Bijoux ID médicale  Oui  Non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 D’UN DANGER DE MORT | |
| COCHEZ (✓) LES ÉLÉMENTS QUI S’APPLIQUENT | |
| Aliment(s) | Piqûres d’insectes |
| Autres | |
| **Auto-injecteur(s) d’épinéphrine** Dose  EpiPen Jr® 0,15 mg  EpiPen® 0,3 mg | |
| Date(s) d’expiration | |
| Emplacement(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 conditions 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, éternuements), 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. |
| **Allergènes alimentaires**: La quantité nécessaire pour déclencher une réaction varie d'une personne à l'autre et, chez certaines personnes, elle peut être provoquée par une petite quantité. |
| Aliment(s) 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 manger à l’intérieur de l’école |
|  |
| Mesures de sécurité |
|  |
| Autres renseignements    **MÉDICATION** (auto-injecteurs d'épinéphrine):  Accès à un auto-injecteur d'épinéphrine:  L'élève a besoin d'aide pour accéder à son auto-injecteur?  Oui  Non  Si oui, l'auto-injecteur est conservé:  Endroit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Avec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Si non, l'élève portera son auto-injecteur en tout temps: dans la salle de classe, en dehors de la salle de classe (par ex. bibliothèque, cafétéria/salle à manger, gymnase) et hors du site (par ex. sorties/excursions).  Auto-injecteur dans le sac à dos de l'élève:  Sac à dos/pochette  Autre (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Auto-injecteur supplémentaire:  L'élève dispose d'un auto-injecteur supplémentaire à l'école?  Oui  Non  Si oui, l'auto-injecteur supplémentaire est conservé:  Endroit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Avec: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| PROCÉDURES D’URGENCEEN CAS DE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE |
| AGISSEZ RAPIDEMENT. LES PREMIERS SIGNES D’UNE RÉACTION PEUVENT SEMBLER BÉNINS, MAIS LES SYMPTÔMES PEUVENT S’AGGRAVER EN PEU DE TEMPS. |
| **MESURES À PRENDRE** |
| 1. Au premier signe d’une réaction anaphylactique soupçonnée ou confirmée, administrez l’épinéphrine au moyen de l’auto-injecteur (EpiPen®). |
|  |
| 1. Appelez le 9-1-1. Signalez qu’une personne a une réaction allergique qui la met en danger de mort. |
|  |
| 1. Donnez une deuxième dose d’épinéphrine dès 5 minutes après la première dose si les symptômes ne diminuent pas. |
|  |
| 1. Suivez les instructions du personnel des services d’urgence, y compris le transport à l’hôpital (idéalement en ambulance), même si les symptômes semblent bénins ou ont pris fin. La réaction pourrait s’aggraver ou revenir, même après avoir été traitée. Demeurez à l’hôpital pour la durée d’observation appropriée, suivant la décision de l’urgentologue (habituellement de 4 à 6 heures). |
|  |
| 1. Appelez les personnes à contacter en cas d’urgence (parent(s), tuteur(s) ou autres personnes désignées). |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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.  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 | | |  | | |