Logo   
du conseil

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ÉPILEPSIE **Plan de soins** (exemple) | | |
| RENSEIGNEMENTS SUR L’ÉLÈVE | | |
|  | | Photo  (facultative) |
| Nom | Date de  naissance |
| No d’élève | Âge |
| Année | Enseignant(s) |
| Autres conditions médicales ou allergies?  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | MedicAlert® ID  Oui  Non |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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’UNE CRISE | | |
| COCHEZ (✓) TOUS LES ÉLÉMENTS QUI S’APPLIQUENT. | | |
| Stress | Cycle menstruel | Inactivité |
| Changement d’alimentation | Manque de sommeil | Stimulation électronique (télévision, écrans vidéo, fluorescents) |
| Maladie  Changement de température | Équilibre inapproprié de médicaments  Autres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| GESTION QUOTIDIENNE DE L’ÉPILEPSIE | |
| DESCRIPTION DE LA CRISE(NON CONVULSIVE) | MESURES |
|  | (p. ex., description de la thérapie alimentaire, risques à réduire, évitement des éléments déclencheurs) |
| DESCRIPTION DE LA CRISE (CONVULSIVE) | MESURES |
|  |  |
| GESTION DES CRISES | |
| Remarque : Un élève peut avoir plus d’un type de crise.  Fournissez des renseignements pour chaque type. | |
| TYPE DE CRISE | MESURES À PRENDRE PENDANT LA CRISE |
| (p. ex., tonico-clonique, absence, partielle simple, partielle complexe, atonique, myoclonique, contractions infantiles)  Type :  Description : |  |
| Fréquence des crises :  Durée habituelle des crises : | |

|  |  |
| --- | --- |
| PREMIERS SOINS DE BASE : SOINS ET CONFORT | |
| Procédures de premiers soins : | |
|  | |
| L’élève a-t-il besoin de quitter la classe après une crise?  Oui  Non | |
| Si *oui*, décrivez le processus pour ramener l’élève en classe : | |
|  | |
| **PREMIERS SOINS DE BASE EN CAS DE CRISE :** | |
| * Restez calme et tenez compte de l’heure et de la durée de la crise. | |
| * Gardez l’élève en sécurité. | |
| * Ne limitez pas les mouvements de l’élève et n’y faites pas obstacle. | |
| * Ne mettez rien dans la bouche de l’élève. | |
| * Restez avec l’élève jusqu’à ce qu’il soit entièrement conscient. | |
| **EN CAS DE CRISE TONICO-CLONIQUE :** | |
| * Protégez la tête de l’élève. | |
| * Gardez les voies respiratoires de l’élève ouvertes et surveillez sa respiration. | |
| * Tournez l’élève sur le côté.   Prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et le bien-être des élèves, en ce qui concerne la disposition des sièges, les périodes de repos et les tests. | |
| PROCÉDURES D’URGENCE | |
| Les élèves épileptiques auront généralement des crises en raison de leur affection médicale. | |
| Appelez le 9-1-1 dans les situations suivantes : | |
| * Une crise convulsive (tonico-clonique) dure plus de 5 minutes. | |
| * L’élève a des crises répétées sans reprendre conscience. | |
| * L’élève est blessé ou souffre de diabète. | |
| * L’élève a une crise pour la première fois. | |
| * L’élève a de la difficulté à respirer. | |
| * L’élève a une crise dans l’eau. | |
| 🟏 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 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) | | | | | | | Date |
|  | Signature | | | |  | | |
| Élève | | | | | | | Date |
|  | Signature | | | |  | | |
| Direction | | | | | | | Date |
|  | Signature | | | |  | | |