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 |  |