

AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE – ASTHME

Plan de soins (exemple)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom	Date de naissance	Photo
N° d'élève	Âge	
Année	Enseignant(s)	

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'UNE CRISE D'ASTHME

COCHER (✓) TOUS LES ÉLÉMENTS QUI S'APPLIQUENT

- | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rhume, grippe, maladie | <input type="checkbox"/> Changement de température | <input type="checkbox"/> Température froide | | |
| <input type="checkbox"/> Moisissure | <input type="checkbox"/> Poussière | <input type="checkbox"/> Poils et squames d'animaux | <input type="checkbox"/> Odeurs fortes | <input type="checkbox"/> Pollen |
| <input type="checkbox"/> Activité ou exercice physique | | <input type="checkbox"/> Fumée (p. ex., d'un feu, de tabac, de cannabis, fumée secondaire) | | |
| <input type="checkbox"/> Autres (précisez) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Risque d'anaphylaxie (précisez l'allergène) | | | | |

Instructions pour éviter de déclencher une crise

Autres affections médicales ou allergies

GESTION QUOTIDIENNE DE L'ASTHME

UTILISATION D'UN INHALATEUR DE SECOURS À L'ÉCOLE ET DURANT LES ACTIVITÉS SCOLAIRES

Un inhalateur de secours est un médicament à action rapide (habituellement de couleur bleue) qui sert lorsqu'une personne a des symptômes de l'asthme. L'inhalateur de secours devrait être utilisé :

- Quand l'élève présente des symptômes de l'asthme (difficulté à respirer, toux, respiration bruyante).
- Dans d'autres circonstances (précisez)

Utiliser l'inhalateur de secours _____ à la dose de _____ bouffées.
(nom du médicament)

Est-ce qu'un espaceur (chambre de retenue) est fourni avec l'inhalateur? Oui Non

Veuillez cocher (✓) le type d'inhalateur que l'élève utilise.

Autre (précisez)

- Airomir Ventolin Bricanyl

L'élève a besoin d'aide pour **accéder** à l'inhalateur. L'inhalateur doit être disponible et utilisable facilement.

L'inhalateur est conservé :

- Par _____ Endroit _____ Autre endroit
- Dans le casier n° _____ Combinaison du casier _____

L'élève **portera** son inhalateur **en tout temps**, y compris durant les récréations, les cours d'éducation physique, les activités extérieures et celles ne se déroulant pas à l'école.

L'élève gardera son inhalateur :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dans ses poches | <input type="checkbox"/> Dans son sac à dos ou son sac banane |
| <input type="checkbox"/> Dans un étui ou un sac | <input type="checkbox"/> Ailleurs (précisez) |

L'élève a-t-il besoin d'aide pour **utiliser** son inhalateur? Oui Non

L'élève a un **inhalateur de réserve** qui est conservé :

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Au bureau (précisez l'endroit) _____ | Autre endroit _____ |
| <input type="checkbox"/> Dans le casier n° _____ | Combinaison du casier _____ |

UTILISATION DE MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE À L'ÉCOLE ET DURANT LES ACTIVITÉS SCOLAIRES

D'autres médicaments sont pris régulièrement chaque jour pour contrôler l'asthme. Habituellement, l'élève les prend le matin et le soir, et non pendant qu'il est à l'école (sauf s'il participe à une activité avec nuitée).

Prendre ou administrer (nom du médicament)	Dose	Heure(s)
Prendre ou administrer (nom du médicament)	Dose	Heure(s)
Prendre ou administrer (nom du médicament)	Dose	Heure(s)

PROCÉDURES D'URGENCE

SI VOUS OBSERVEZ L'UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :

- Toux continue
- Difficulté à respirer
- Oppression thoracique (serrement de poitrine)
- Respiration bruyante (siflement dans la poitrine)

(L'élève peut également être agité, irritable ou tranquille.)

FAITES CE QUI SUIT :

ÉTAPE 1 : Utilisez immédiatement l'inhalateur de secours à action rapide (habituellement de couleur bleue). Utilisez un espaceur si celui-ci est fourni.

ÉTAPE 2 : Vérifiez les symptômes. L'élève ne peut reprendre les activités normales qu'une fois tous les symptômes disparus.

symptômes s'aggravent ou ne diminuent pas dans les 10 minutes qui suivent, **IL S'AGIT D'UNE SITUATION D'URGENCE!** Prenez alors les mesures indiquées ci-dessous.

SI VOUS OBSERVEZ L'UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :

- La respiration de l'élève est difficile et rapide.
- L'élève ne peut pas s'exprimer en phrases complètes.
- Ses lèvres ou les lits de ses ongles sont bleus ou gris.
- Sa peau, son cou ou sa poitrine sont aspirés à chaque respiration.

(L'élève peut également être agité, irritable ou tranquille.)

IL S'AGIT D'UNE SITUATION D'URGENCE! FAITES CE QUI SUIT :

ÉTAPE 1 : UTILISEZ IMMÉDIATEMENT L'INHALATEUR DE SECOURS À ACTION RAPIDE (HABITUELLEMENT DE COULEUR BLEUE). UTILISEZ UN ESPACEUR SI CELUI-CI EST FOURNI.

Appelez le 9-1-1 pour faire venir une ambulance. Suivez le protocole de communication pour le 9-1-1 avec les intervenants d'urgence.

ÉTAPE 2 : Si les symptômes se poursuivent, utilisez l'inhalateur de secours toutes les 5 ou 10 minutes jusqu'à l'arrivée de l'aide médicale.

En attendant l'arrivée de l'aide médicale :

- ✓ Faites asseoir l'élève avec les bras étendus sur une table. Ne le faites pas s'étendre, sauf en cas de réaction anaphylactique.
- ✓ Ne le faites pas souffler dans un sac.
- ✓ Gardez votre calme, rassurez l'élève et restez à ses côtés.
 - ✓ Informez les personnes à contacter en cas d'urgence (parents, tutrice ou tuteur 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, 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 est stable.

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 (n° du trajet)

Autres

Ce plan restera en vigueur pour l'année scolaire 20—20 sans être modifié.

Il sera révisé au plus tard 30 jours suivant le début de chaque année scolaire.

Il appartient aux parents, à la tutrice ou au tuteur d'informer la direction de l'école s'il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l'année scolaire.

Parent, tutrice ou tuteur _____ **Date** _____

Signature

Élève _____ Date _____

Direction

Signature

Date

Signature