

ANNEXE D

AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE – ANAPHYLAXIE

Plan de soins

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom	Date de naissance	
N° d'élève	Âge	Photo
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'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® 0,30 mg

Allerject^{MC} 0,15 mg

Allerject^{MC} 0,30 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 affections 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), démangeaisons, peau chaude ou rouge
- **Système respiratoire** : toux, respiration bruyante, souffle court, oppression ou douleur à la poitrine, serrement de gorge, voix enrouée, congestion nasale ou symptômes comme ceux du rhume 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 dangereux 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 : manger même une petite quantité d'un aliment particulier peut causer une grave réaction allergique.

Aliment(s) à éviter

Mesures de sécurité

Piqûres d'insectes : le risque est plus élevé durant les mois où la température est plus élevée. Éviter les endroits où les insectes font leurs nids ou se rassemblent. Détruire ou enlever les nids, couvrir ou déplacer les poubelles, et conserver la nourriture à l'intérieur.

Zone désignée pour manger à l'intérieur de l'école

Mesures de sécurité

Autres renseignements

PROCÉDURES D'URGENCE EN 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, administrer l'épinéphrine au moyen de l'auto-injecteur EpiPen®.
2. Appeler le 9-1-1 ou les services locaux répondant aux urgences médicales. Signaler qu'une personne a une réaction allergique qui la met en danger de mort.
3. Donner une deuxième dose d'épinéphrine 5 minutes après la première dose si les symptômes ne diminuent pas.
4. Se rendre immédiatement à l'hôpital le plus proche (idéalement en ambulance) même si les symptômes semblent bénins ou qu'ils ont pris fin. La réaction pourrait s'aggraver ou revenir, même après avoir été traitée. Demeurer à l'hôpital pour la durée d'observation appropriée, suivant la décision de l'urgentologue (habituellement de 4 à 6 heures).
5. Appeler 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, 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	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Programme après l'école	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> 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.

Parents, tutrice ou tuteur		Date
	Signature	
Élève		Date
	Signature	

Direction	Signature	Date
Les signatures sont valides pour l'établissement scolaire et le CTSO		