

Gestion des affections médicales prédominantes
Modèle de plan de soins personnalisé de l'élève anaphylactique

Ce plan doit être complété par un parent/tuteur, l'élève qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou de l'élève qui a 18 ans en collaboration avec le personnel de l'école à la lumière des renseignements fournis par le médecin de l'élève.				
Nom de l'école :		Date :		
Nom de la direction :				
RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE				
Nom de l'élève :		Date de naissance :		
N° de l'élève :		Année :		
Nom du titulaire de la classe foyer :				
N°s du parcours de l'autobus matin/après-midi :				
Adresse au domicile :				
Téléphone au domicile :				
Nom du père et téléphone d'affaires :				
Nom de la mère et téléphone d'affaires :				
Nom du tuteur et téléphone d'affaires :				
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX				
NOM DU MÉDECIN :		Note au dossier :		<input type="checkbox"/>
ALLERGÈNES EN CAUSE :				
<input type="checkbox"/> Arachide	<input type="checkbox"/> Autre aliment, précisez : _____			
<input type="checkbox"/> Noix	<input type="checkbox"/> Piqûre d'insecte			
<input type="checkbox"/> Oeufs	<input type="checkbox"/> Latex			
<input type="checkbox"/> Lait	<input type="checkbox"/> Médicament, précisez : _____			
Auto-injecteur d'épinéphrine : date d'expiration : _____ / _____				
Dose : <input type="checkbox"/> EpiPen® Jr 0,15 mg <input type="checkbox"/> EpiPen® 0,30 mg				
Où trouver les auto-injecteurs : _____				
<input type="checkbox"/> Antécédents de réactions anaphylactiques : La personne s'expose à un risque plus élevé.				
<input type="checkbox"/> Asthme : La personne s'expose à un risque plus élevé. Si, lors d'une réaction, elle éprouve de la difficulté à respirer, lui administrer de l'épinéphrine avant de lui faire prendre ses médicaments contre l'asthme.				
Directives ou renseignements supplémentaires :				
PERSONNES À AVISER EN CAS D'URGENCE				
Nom	Lien avec la personne	Téléphone à la maison	Téléphone au travail	Téléphone cellulaire

Gestion des affections médicales prédominantes
Modèle de plan de soins personnalisé de l'élève anaphylactique

AFFICHER DANS DES ENDROITS STRATÉGIQUES
SYMPTÔMES ET MESURES D'URGENCE : ANAPHYLAXIE

PHOTO DE L'ÉLÈVE OU DE L'ENFANT
NOM DE L'ÉLÈVE OU DE L'ENFANT

CETTE PERSONNE PRÉSENTE UNE ALLERGIE SÉVÈRE (OU ANAPHYLAXIE) POUVANT ÊTRE
FATALE

SIGNES ET SYMPTÔMES

Quiconque fait une réaction anaphylactique peut présenter N'IMPORTE LEQUEL des signes et symptômes suivants :

- **Système cutané** : Urticaire, enflures, démangeaisons, chaleur, rougeur, éruptions
- **Système respiratoire** : Toux, respiration sifflante (siflement), essoufflement, douleur ou serrement dans la poitrine, serrement à la gorge, voix rauque, congestion nasale ou symptôme de type « rhume des foins » (nez qui coule ou qui pique, larmoiments, éternuements), difficulté à avaler
- **Système gastro-intestinal (estomac)** : Nausée, douleur ou crampes, vomissement, diarrhée
- **Système cardiovasculaire (cœur)** : Couleur pâle ou bleutée, pouls faible, perte de connaissance, étourdissement, vertige, état de choc
- **Autres symptômes** : Anxiété, sentiment de détresse, mal de tête, crampes utérines, goût de métal dans la bouche.

La détection précoce des symptômes et le traitement immédiat pourraient sauver une vie.

MESURES D'URGENCE

Intervenez rapidement.

Les premiers signes d'une réaction peuvent sembler légers, mais les symptômes eux peuvent progresser rapidement.

1. **Administrez l'épinéphrine avec l'auto-injecteur (EpiPen®)** au premier signe d'une réaction déclarée ou soupçonnée. (Voir les affiches ci-jointes*.)
2. **Appelez le 911** ou les services médicaux d'urgence locaux. Dites que quelqu'un fait une réaction anaphylactique pouvant mettre sa vie en danger.
3. **Administrez une deuxième dose d'épinéphrine** après 5 à 15 minutes Si la réaction persiste ou s'aggrave.
4. **Rendez-vous à l'hôpital le plus proche (idéalement par ambulance)**, même si les symptômes sont légers ou se sont atténués. La réaction pourrait s'aggraver ou réapparaître même après un traitement approprié. Le patient doit demeurer en observation à l'hôpital pendant une période suffisante, soit 4 heures généralement, suivant l'évaluation du médecin de l'urgence.
5. Communiquez **avec une personne à aviser en cas d'urgence** (parent, tuteur ou autre).

* Des affiches décrivant le mode d'emploi des auto-injecteurs *EpiPen/EpiPen Jr.* doivent accompagner la fiche d'urgence de l'élève. On les retrouve dans le guide ***L'anaphylaxie à l'école et dans d'autres milieux*** © produit par la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique, 2005-2015, 3^{ième} édition.

**Gestion des affections médicales prédominantes
Modèle de plan de soins personnalisé de l'élève anaphylactique**

**AUTORISATIONS ET CONSENTEMENTS DES PARENTS, TUTEUR, L'ÉLÈVE QUI A 16 OU 17 ANS
ET QUI S'EST SOUSTRAIT DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU DE L'ÉLÈVE QUI A 18 ANS
PLAN DE SOINS PERSONNALISÉ ET MESURES D'URGENCE**

Je (parent/tuteur, l'élève qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou de l'élève qui a 18 ans), _____, reconnais ma participation à l'élaboration de ce *Plan de soins personnalisé et de la fiche des symptômes et mesures d'urgence*, et je conviens d'exécuter de manière fiable les engagements qui y sont indiqués. Je consens à ce que le personnel de l'école _____ mette le plan en œuvre. Je comprends que ce plan sera révisé chaque année (le consentement se termine à la fin de l'année scolaire) et j'aviserai l'école si la situation change avant la révision.

En cas d'urgence, j'autorise le personnel de l'école indiqué dans le plan, ainsi que le conducteur de l'autobus, à administrer le médicament Épipen et/ou à obtenir l'aide médicale appropriée. J'accepte d'être responsable de tous les coûts associés au traitement médical, et j'exonère le CEPEO et ses employés de la responsabilité de toute réaction négative découlant de l'administration du médicament Épipen. J'accepte que la fiche de *symptômes et de mesures d'urgence* (y compris la photo imprimée ou numérique de l'élève) ci-jointe soit affichée dans l'école et que les renseignements médicaux soient partagés avec le personnel approprié. J'ai pris connaissance de la politique *ELE03_Santé et sécurité des élèves* et de ses directives administratives afférentes.

TRANSFERT À L'HÔPITAL

Je donne mon consentement pour que mon enfant soit transporté à l'hôpital si le personnel de l'école le juge nécessaire et pour qu'un membre du personnel accompagne mon enfant durant son transport vers l'hôpital, au besoin.

Remarque : Il appartient à la direction d'école de décider s'il convient d'appeler une ambulance.

ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS

Les renseignements personnels figurant sur ces feuilles sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'éducation*. L'accès auxdits renseignements est restreint aux personnes devant les consulter pour des besoins d'ordre administratif, à l'élève auquel se rapportent ces renseignements ainsi qu'au parent/tuteur, l'élève qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou de l'élève qui a 18 ans. Si vous souhaitez examiner ces renseignements ou si vous avez des questions au sujet de leur collecte, veuillez communiquer avec la direction d'école. Les renseignements recueillis sont protégés contre le vol, la perte ainsi que l'utilisation et la divulgation non autorisées.

Nom du parent/tuteur, l'élève qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou de l'élève de plus de 18 ans	Signature	Date

ATTESTATION DE LA DIRECTION

J'ai examiné les renseignements contenus dans les présentes feuilles, j'ai obtenu les clarifications nécessaires et j'en accuse réception.

Signature : _____ Date : _____

Copie originale : D.S.O. de l'élève

Copie : Parent/tuteur, l'élève qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou de l'élève qui a 18 ans

Copie : Consortium de transport scolaire d'Ottawa (CTSO) ou de l'Est (CTSE)