



## PLAN DE SOINS – ANAPHYLAXIE

### A) Renseignements sur l'élève et sa condition

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE	
Nom : _____ Date de naissance : _____ N° d'élève : _____ Âge : _____ Année / Enseignant : _____ Numéro de carte d'assurance santé : _____	Photo de l'élève

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
<i>Cochez les éléments qui s'appliquent :</i>
<input type="checkbox"/> Aliment(s) _____ <input type="checkbox"/> Piqûres d'insectes _____
<input type="checkbox"/> Autres _____
Description : _____
<input type="checkbox"/> L'élève a déjà eu une réaction anaphylactique. <b>Il court un plus grand risque.</b>
<input type="checkbox"/> L'élève fait de l'asthme. <b>Il court un plus grand risque.</b> 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.
<input type="checkbox"/> Autres affections médicales ou allergies _____

## RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ (FACULTATIF)

**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 : \_\_\_\_\_

- Médicament prescrit
- Note fournie avec instructions spéciales pour l'administration du médicament (joindre au plan de soins)

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.*

## UTILISATION D'UN AUTO-INJECTEUR D'ÉPINÉPHRINE

**Auto-injecteur(s) d'épinéphrine**    Dose     EpiPen® Jr. 0.15 mg     EpiPen® 0.30 mg

Date(s) d'expiration \_\_\_\_\_

### **Stockage :**

- Le parent fournit \_\_\_\_\_ auto-injecteur(s) à l'école    Date : \_\_\_\_\_    Initiales de la direction \_\_\_\_\_
- Le parent reprend le/les auto-injecteur(s) en fin d'année scolaire    Date : \_\_\_\_\_    Initiales de la direction \_\_\_\_\_

### **Emplacement :**

#### **L'ÉLÈVE EST RESPONSABLE DE PORTER SON AUTO-INJECTEUR :**

- L'élève **portera** son auto-injecteur 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 tiendra son auto-injecteur :  Dans ses poches     Dans son sac à dos ou son sac banane  
 Dans un étui ou un sac     Ailleurs (précisez) \_\_\_\_\_

- L'élève a un auto-injecteur de réserve qui est conservé :

Au bureau de la direction     Autre endroit \_\_\_\_\_  
 Dans le casier n° \_\_\_\_\_    Combinaison du casier \_\_\_\_\_

**OU**

#### **L'ÉLÈVE N'EST PAS RESPONSABLE DE PORTER SON AUTO-INJECTEUR :**

- Le/les auto-injecteur(s) seront entreposé(s) au bureau de la direction d'école.
- Le/les auto-injecteur(s) seront entreposé(s) aux endroits suivants : \_\_\_\_\_

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


Consentement du parent afin qu'une personne formée administre l'auto-injecteur au besoin :

*Par la présente, je renonce à tout droit de réclamation contre la direction d'école ou la personne désignée et le Conseil scolaire de district catholique des Aurores boréales pour tout dommage qui pourrait résulter de l'administration des médicaments susmentionnés selon les modalités précisées à la politique B014-P Administration de médicaments.*

Signature : \_\_\_\_\_    Date : \_\_\_\_\_

## B) Gestion quotidienne de l'anaphylaxie

### GESTION QUOTIDIENNE

 **Éviter** un allergène est le principal moyen de prévenir une réaction allergique.

**a) Allergènes alimentaires :** Manger même une petite quantité d'un aliment particulier peut causer une grave réaction allergique.

Aliment(s) à éviter :

Mesures de sécurité lors des repas / collations :

Consignes pour le personnel :

**b) Piqûres d'insectes :** Le risque est plus élevé dans les mois où la température est plus élevée. Évitez les endroits où les insectes font leurs nids ou se rassemblent. Détruisez ou enlevez les nids, couvrez ou déplacez les poubelles, et conservez la nourriture à l'intérieur.

Mesures de sécurité à l'extérieur / lors des sorties :

Consignes pour le personnel :

**c) Autres :**

Mesures de sécurité :

Consignes pour le personnel :

## C) Procédures d'urgence

### 1) PRÉVISIONS EN CAS D'ÉVACUATION OU CONFINEMENT BARRICADÉ

Mesures de sécurité :

## 2) PROCÉDURES D'URGENCE EN CAS DE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE

### SYMPTÔMES

**Un élève ayant une réaction anaphylactique peut présenter n'importe lequel des signes et des symptômes suivants.**

**Cochez les symptômes déjà observés lors d'une réaction**

- Système cutané (peau)** : urticaire, enflure (visage, lèvres, langue), démangeaison, peau chaude ou rouge
- Système respiratoire** : toux, respiration bruyante, souffle court, oppression ou douleur à la poitrine, gorge serrée, voix enrouée, congestion nasale ou symptômes comme ceux de la fièvre 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 mauvais est sur le point de se produire, mal de tête, crampes utérines, goût métallique

### MESURES À PRENDRE

**Agissez rapidement. Les premiers signes d'une réaction peuvent sembler bénins, mais les symptômes peuvent s'aggraver en peu de temps.**

1. Au premier signe d'une réaction anaphylactique soupçonnée ou confirmée, administrez ou aidez l'épinéphrine au moyen de l'auto-injecteur EpiPen®

**Injection de l'EpiPen® :**

- Retirez l'EpiPen® de son étui
  - Enlevez le capuchon de sécurité gris
  - Plantez fermement l'embout noir de l'aiguille à mi-cuisse, du côté extérieur (cela peut se faire à travers les vêtements de l'élève, si nécessaire)
  - Attendez que le liquide pénètre dans le corps (dix secondes – une bonne façon de compter : un mille un, un mille deux, etc.)
  - Massez la zone d'insertion pendant dix secondes
  - Appelez l'ambulance. Si vous devez conduire d'urgence l'élève à l'hôpital, emportez la deuxième dose d'EpiPen® au cas où une autre injection serait nécessaire
  - Si l'élève éprouve de nouveau de la difficulté à respirer, injectez la deuxième dose d'EpiPen®.
2. Appelez 9-1-1. Signalez qu'une personne a une réaction allergique qui la met en danger de mort.
  3. Donnez une deuxième dose d'épinéphrine dès 5 minutes après la première dose si les symptômes ne diminuent pas.
  4. Suivez les instructions du personnel des services d'urgence, y compris le transport à l'hôpital (idéalement en ambulance), même si les symptômes semblent bénins ou ont pris fin. La réaction pourrait s'aggraver ou revenir, même après avoir été traitée. Demeurez à l'hôpital avec l'enfant. Quand le parent arrive, l'employé peut quitter l'hôpital.
  5. Appelez les personnes à contacter en cas d'urgence (parent(s), tuteur(s) ou autres personnes désignées).

### 3) Autorisation et communication du plan

#### AUTORISATION ET COMMUNICATION DU PLAN

Personnes à qui ce plan de soins doit être communiqué :

- Nom et rôle (élève, membre du personnel, etc.) : 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_  
6. \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

***En vertu de la Loi sur l'accès à l'information et à la vie privée, je donne mon consentement par écrit afin d'autoriser l'école à divulguer ces renseignements lorsque nécessaire.***

- Oui     Non    Consentement parental pour partager avec le personnel pertinent des informations sur les signes et symptômes.
- Oui     Non    Consentement parental pour partager avec d'autres élèves des informations sur les signes et symptômes.

**Ce plan restera en vigueur pour l'année scolaire 20\_\_-20\_\_ sans être modifié.**

Il appartient au/aux parent(s) d'aviser la direction de l'école s'il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l'année scolaire.

- Prochaine révision annuelle à l'horaire : \_\_\_\_\_  
 Révision demandée par le parent (lors d'un changement dans l'état de santé de l'élève) : \_\_\_\_\_  
 Révision à l'horaire pour effectuer une transition (ex. changement d'école) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'élève (*facultatif*)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la direction d'école

\_\_\_\_\_  
Date