



PLAN DE SOINS – ASTHME

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'UNE CRISE D'ASTHME
<i>Cochez les éléments qui s'appliquent :</i>
<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) _____
Description : _____
<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)

D'autres médicaments de contrôle 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 incluant une nuit).

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

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

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

*Ces renseignements peuvent demeurer au dossier tant que l'état de santé de l'élève ne change pas.

UTILISATION D'UN INHALATEUR DE SECOURS

Veuillez cocher le type d'inhalateur que l'élève utilise :

- Airomir Ventolin Bricanyl Autre (précisez) _____

Date (s) d'expiration _____

Stockage :

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

Emplacement :

L'ÉLÈVE EST RESPONSABLE DE PORTER SON INHALATEUR :

- 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 tiendra son inhalateur : Dans ses poches Dans son sac à dos ou son sac banane
 Dans un étui ou un sac Ailleurs (précisez) _____

- L'élève a un inhalateur 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 INHALATEUR :

- Le/les inhalateur (s) seront entreposés au bureau de la direction d'école.
 Le/les inhalateur(s) seront entreposés aux endroits suivants : _____

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

Consentement du parent afin qu'une personne formée administre l'inhalateur au besoin : Oui Non

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'asthme

GESTION QUOTIDIENNE

 **Éviter** un déclencheur est le principal moyen de prévenir une crise de l'asthme.

Identifier le déclencheur (voir page 1) :

Description :

Mesures de sécurité :

Consignes pour le personnel :

Autres affections médicales ou allergies :

Description :

Mesures de sécurité :

Consignes pour le personnel :

C) Procédures d'urgence

- ★ Prévoir joindre le formulaire *SAE BP 009 Plan d'évacuation d'urgence* à ce plan de soins, si applicable.

1) PRÉVISIONS EN CAS D'ÉVACUATION OU CONFINEMENT BARRICADÉ
<p>Mesures de sécurité :</p>

2) PROCÉDURES D'URGENCE EN CAS DE CRISE D'ASTHME	
CRISE LÉGÈRE	
<p>SI L'UN OU L'AUTRE des symptômes suivants apparaît :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toux continue; • difficulté à respirer; • serrement de la poitrine; • respiration sifflante (sifflement dans la poitrine). <p>L'enfant peut également paraître agité, irritable ou fatigué.</p>	<p>Étape 1 : Administrer immédiatement l'inhalateur de soulagement à action rapide (souvent bleu). Vérifier les symptômes. Ne reprendre les Activités normales qu'après la disparition de tous les symptômes.</p> <hr/> <p>Étape 2 : Si les symptômes s'aggravent ou qu'aucun soulagement n'est observé dans les dix minutes qui suivent, il s'agit d'une situation d'urgence ; suivre les étapes ci-dessous.</p>
SITUATION D'URGENCE	
<p>SI L'UN OU L'AUTRE des symptômes suivants apparaît :</p> <ul style="list-style-type: none"> • respiration difficile et rapide • incapacité de parler en phrases complètes; • couleur bleue des lèvres ou des doigts; • tirage de la peau entre les côtes ou à la base du cou. <p>L'enfant peut également paraître anxieux, désorienté et très fatigué.</p>	<p>Étape 1 : COMPOSER LE 911 pour demander une ambulance</p> <hr/> <p>Étape 2 : Administrer immédiatement l'inhalateur de soulagement à action rapide (souvent bleu) Continuer d'administrer l'inhalateur de Soulagement aux 5 à 15 minutes jusqu'à l'arrivée des secours.</p>
<p>En attendant l'arrivée des secours :</p> <ul style="list-style-type: none"> √ Asseoir l'élève avec les bras reposant sur une table √ Rester calme, rassurer l'élève et rester près d'elle/de lui √ Avertir les parents 	

D) 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