



## PLAN DE SOINS – ÉPILEPSIE

### 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
<p><i>Cochez les éléments qui s'appliquent :</i></p> <p><input type="checkbox"/> Stress    <input type="checkbox"/> Cycle menstruel    <input type="checkbox"/> Inactivité    <input type="checkbox"/> Changement d'alimentation    <input type="checkbox"/> Manque de sommeil</p> <p><input type="checkbox"/> Stimulation électronique (télévision, écrans vidéo, fluorescents)    <input type="checkbox"/> Équilibre inapproprié de médicaments</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie    <input type="checkbox"/> Changement de température    <input type="checkbox"/> Autres _____</p> <p>Description :</p> <p><input type="checkbox"/> Autres affections médicales ou allergies</p>

## 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 :

Remarque : La formation requise pour administrer le médicament de secours ainsi que la voie d'administration (p. ex., buccale ou intranasale) doivent être déterminées en collaboration avec un professionnel de la santé réglementé.

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

## UTILISATION DES MÉDICAMENTS DE SECOURS

Médicament de secours prescrit : \_\_\_\_\_

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

### **Stockage :**

- Le parent fournit \_\_\_\_\_ à l'école Date : \_\_\_\_\_ Initiales de la direction \_\_\_\_
- Le parent reprend \_\_\_\_\_ en fin d'année scolaire Date : \_\_\_\_\_ Initiales de la direction \_\_\_\_

### **Emplacement :**

- L'ÉLÈVE EST RESPONSABLE DE SES MÉDICAMENTS DE SECOURS :**
  - L'élève **tiendra** ses médicaments de secours 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 ses médicaments de secours :  Dans ses poches  Dans son sac à dos ou son sac banane  
 Dans un étui ou un sac  Ailleurs (précisez) \_\_\_\_\_
  - L'élève a des médicaments de secours de réserve qui sont conservés :
    - Au bureau de la direction  Autre endroit \_\_\_\_\_
    - Dans le casier n° \_\_\_\_\_ Combinaison du casier \_\_\_\_\_

### **OU**

- L'ÉLÈVE N'EST PAS RESPONSABLE DE PORTER SES MÉDICAMENTS DE SECOURS :**
  - Les médicaments de secours seront entreposés au bureau de la direction d'école.
  - Les médicaments de secours seront entreposés aux endroits suivants : \_\_\_\_\_

L'élève a-t-il besoin d'aide pour **prendre** ses médicaments de secours?  Oui  Non

Consentement du parent afin qu'une personne formée administre le/les médicament(s) de secours :

*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'épilepsie

### GESTION QUOTIDIENNE



Selon le type de crise (généralisée ou partielle), l'intensité de manifestation diffère. Une personne peut avoir plus d'un type de crise.

Voici un bref aperçu des types de crises les plus connues. Cochez les types de crises qui s'appliquent :

#### Crises généralisées - Tonico-clonique

- Durée moyenne: 2 à 5 minutes
- Perte de conscience
- Évolue en trois phases:

**1. Phase tonique** : cri ou gémissement, chute et raidissement de l'ensemble des muscles du corps. La respiration est difficile en raison du raidissement des muscles du tronc et du manque d'oxygène, la peau peut prendre une couleur bleue ou grise.

**2. Phase clonique** : convulsions et contractions de l'ensemble des muscles du corps. Il peut y avoir salivation abondante, morsure de la langue et perte de contrôle de la vessie et/ou de l'intestin.

**3. Phase de récupération** : arrêt des convulsions et la respiration reprend un rythme normal. La personne reste inconsciente pendant quelques minutes. Il peut y avoir confusion, fatigue et maux de tête quelques minutes voir quelques heures après la crise.

#### Absence :

- Durée moyenne: 5 à 15 secondes
- Altération de l'état de conscience
- La personne fixe le vide
- Peut souvent passer inaperçue, car la personne semble être dans la lune
- À l'occasion, il peut y avoir clignement des paupières et révolutions des yeux
- Accompagnée de très peu de mouvements
- Si on lui parle, la personne ne répond pas
- Touche souvent les enfants

#### Absence atypique :

- Durée: plus de 20 secondes
- Altération incomplète de l'état de conscience
- Similaire à la crise d'absence typique, mais se manifeste par davantage de mouvements saccadés ou automatiques
- Associée à d'autres types de crises et à un système nerveux endommagé
- Touche généralement les enfants ayant un retard de développement

#### Atonique :

- Perte de conscience
- Perte du tonus musculaire durant quelques secondes qui peut entraîner une chute soudaine
- Apparition fréquente durant l'enfance

#### Tonique :

- Perte de conscience
- Contractions musculaires de courte durée, mais non accompagnées de convulsions
- Apparition durant l'enfance en général

**Clonique :**

- Perte de conscience temporaire suivie de confusion
- Secousses musculaires du corps
- Perte de contrôle de la vessie et/ou de l'intestin
- Apparition dès le jeune âge, avec le temps, les crises cloniques peuvent se transformer en crises tonico-cloniques

**Myoclonique :**

- Aucune perte de conscience
- Secousses musculaires brusques et intenses d'une partie ou de l'ensemble du corps pouvant entraîner une chute
- Les crises myocloniques peuvent survenir isolément ou en série
- Associée à plusieurs formes distinctes d'épilepsie chez l'enfant ou l'adolescent

**Crises partielles ou focales**

**Partielle simple :**

- Aussi appelée « aura », la crise partielle simple peut-être précurseur d'une crise d'épilepsie plus grave (ex: crise tonico-clonique ou crise partielle complexe)
- Durée: quelques secondes
- Aucune perte de conscience, la personne reste éveillée et consciente
- Apparition de sensations inhabituelles :

1. Secousses musculaires d'une partie du corps (ex: jambe, bras)

2. Phénomènes sensitifs (ex: visuels, olfactifs, gustatifs, auditives etc.)

3. Impressions particulières (ex: déjà-vu ou déjà-vécu)

**Partielle complexe :**

- Durée moyenne: quelques secondes à deux minutes
- Altération de l'état de conscience suivie d'amnésie post-crise
- La personne ne réagit pas, paraît égarée, est incapable de parler et peut marmonner
- Peut être accompagnée de mouvements involontaires ou semi-involontaires inappropriés à la situation, par exemple: la personne peut tirer sur ses vêtements, ramasser des objets, marcher sans but, agiter ses doigts, avoir l'air de chercher quelque chose etc.
- La crise peut être suivie d'une assez longue période de confusion et de fatigue
- Les mêmes actions se reproduisent généralement à chaque crise

Précisions :

*Source : Alliance canadienne de l'Épilepsie, Épilepsie Canada et Épilepsie section de Québec*

## 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

Mesures de sécurité :

### 2) PROCÉDURES D'URGENCE EN CAS DE CRISE D'ÉPILEPSIE

#### PREMIERS SOINS DE BASE EN CAS DE CRISE (non convulsive) :

La personne victime de crise n'est pas consciente de l'endroit où elle se trouve et qu'elle a besoin de votre aide.

- Restez calme et tenez compte de l'heure et de la durée de la crise.
- Gardez l'élève en sécurité.
- Ne limitez pas les mouvements de l'élève et n'y faites pas obstacle.
- Ne mettez rien dans la bouche de l'élève.
- Restez avec l'élève jusqu'à ce qu'il soit entièrement conscient.

#### EN CAS DE CRISE TONICO-CLONIQUE (convulsive) :

- Protégez la tête de l'élève.
- Gardez les voies respiratoires de l'élève ouvertes et surveillez sa respiration.
- Tournez l'élève sur le côté.

- ★ Les élèves épileptiques auront généralement des crises en raison de leur affection médicale.

Appelez le 9-1-1 dans les situations suivantes :

- Une crise convulsive (tonico-clonique) dure plus de 5 minutes
- L'élève a des crises répétées sans reprendre conscience.
- L'élève est blessé ou souffre de diabète.
- L'élève a une crise pour la première fois.
- L'élève a de la difficulté à respirer.
- L'élève a une crise dans l'eau.

\* Appelez les personnes à contacter en cas d'urgence (parent(s), tuteur(s) ou autres personnes désignées)

### 3) SOINS REQUIS SUIVANT UNE CRISE D'ÉPILEPSIE

Prévisions suivant un épisode (soins requis) :

Processus pour ramener l'élève en salle de classe suivant un épisode :

Communication requise suivant un épisode :

## 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