

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

<b>Ce plan doit être complété par un parent/tuteur en collaboration avec le personnel de l'école à la lumière des renseignements fournis par le médecin de l'élève.</b>				
Nom de l'école :		Date :		
Nom de la direction :				
<b>RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE</b>				
Nom de l'élève :		Date de naissance :		
N° de l'élève :		Année :		
Nom du titulaire de la classe foyer :				
N <sup>os</sup> 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 :				
<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b>				
NOM DU MÉDECIN :      Note au dossier :				
ALLERGÈNES EN CAUSE :				
Arachide		Autre aliment, précisez :      -		
Noix		Piqûre d'insecte		
Oeufs		Latex		
Lait		Médicament, précisez :		
Auto-injecteur d'épinéphrine : date d'expiration :      /				
Dose :		EpiPen® Jr 0,15 mg		EpiPen® 0,30 mg
		AllerjectMC 0,15 mg		AllerjectMC 0,30 mg
Où trouver les auto-injecteurs :				
Antécédents de réactions anaphylactiques : La personne s'expose à un risque plus élevé.				
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 :				
<b>PERSONNES À AVISER EN CAS D'URGENCE</b>				
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**

<b>AUTORISATIONS ET CONSENTEMENTS DES PARENTS PLAN DE SOINS PERSONNALISÉ ET MESURES D'URGENCE</b>		
<p>Je (parent/tuteur), _____, reconnais ma participation à l'élaboration de ce <i>Plan de soins personnalisé et de la fiche des symptômes et mesures d'urgence</i>, 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.</p> <p>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 <i>symptômes et de mesures d'urgence</i> (y compris la photo imprimée ou numérique de l'élève) ci-attachée soit affichée dans l'école et que les renseignements médicaux soient partagés avec le personnel approprié. J'ai pris connaissance de la politique ELE03_ <i>Santé et sécurité des élèves</i> et de ses directives administratives afférentes.</p>		
<b>TRANSFERT À L'HÔPITAL</b>		
<p>Je donne (nous donnons) mon (notre) consentement pour que mon (notre) enfant soit transporté à l'hôpital si le personnel de l'école le juge nécessaire et pour qu'un membre du personnel accompagne mon (notre) enfant durant son transport vers l'hôpital, au besoin.</p> <p><b>Remarque :</b> Il appartient à la direction d'école de décider s'il convient d'appeler une ambulance.</p>		
<b>ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS</b>		
<p>Les renseignements personnels figurant sur ces feuilles sont recueillis en vertu de de la <i>Loi sur l'éducation</i>. 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 de l'élève si ce dernier est âgé de moins de 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.</p>		
Nom du parent/tuteur ou de l'élève de plus de 18 ans	Signature	Date
<b>ATTESTATION DE LA DIRECTION</b>		
<p>J'ai examiné les renseignements contenus dans les présentes feuilles, j'ai obtenu les clarifications nécessaires et j'en accuse réception.</p> <p>Signature : _____ Date : _____</p>		

Copie originale : D.S.O. de l'élève

Copie : Élève de plus de 18 ans, parent/tuteur

Copie : Consortium de transport scolaire d'Ottawa ou de l'Est

**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 (silement), essoufflement, douleur ou serrement dans la poitrine, serrement à la gorge, voix rauque, congestion nasale ou symptômes de type « rhume des foins » (nez qui coule ou qui pique, larmolement, 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® ou AllerjectMC ) 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 sous 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.* et *Allerject* doivent accompagner la fiche d'urgence de l'élève. On les retrouve aux pages 40 et 41 du 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<sup>ième</sup> édition.