Logo
du conseil

|  |
| --- |
| **AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE – ASTHME** **Plan de soins (exemple)** |
| **RENSEIGNEMENTS SUR L’ÉLÈVE**  |
|  | Photo (facultative) |
| Nom  | Date de naissance  |
| No d’élève  | Âge  |
| Année  | Enseignant(s)   |

|  |
| --- |
| **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**  |
| COCHEZ (✓) TOUS LES ÉLÉMENTS QUI S’APPLIQUENT  |
| ❒ Rhume, grippe, maladie  | ❒ Changement de température  | ❒ Température froide |
| ❒ Moisissure | ❒ Poussière | ❒ Poils et squames d’animaux | ❒ Odeurs fortes | ❒ Pollen  |
| ❒ Activité ou exercice physique | ❒ Fumée (p. ex., d’un feu, de tabac, de cannabis, fumée secondaire) |
| ❒ Autres (précisez)  |
| ❒ Risque d’anaphylaxie (précisez l’allergène)  |
| Instructions pour éviter de déclencher une crise   |
| Autres affections médicales ou allergies   |

|  |
| --- |
| **GESTION QUOTIDIENNE DE L’ASTHME**  |
| **UTILISATION D’UN INHALATEUR DE SECOURS À L’ÉCOLE ET DURANT LES ACTIVITÉS SCOLAIRES**  |
| Un inhalateur de secours est un médicament à action rapide (habituellement de couleur bleue) qui sert lorsqu’une personne a des symptômes d’asthme. L’inhalateur de secours devrait être utilisé :  |
| ❒ Quand l’élève présente des symptômes d’asthme (difficulté à respirer, toux, respiration bruyante) ❒ Dans d’autres circonstances (précisez)  |
| Utilisez l’inhalateur de secours \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à la dose de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bouffées. |
|  (nom du médicament) |
| Est-ce qu’un espaceur (chambre de retenue) est fourni avec l’inhalateur? | ❒ Oui | ❒ Non |
| Veuillez cocher (✓) le type d’inhalateur que l’élève utilise.  |
| ❒ Airomir | ❒ Ventolin | ❒ Bricanyl | ❒ Autre (précisez)  |
| ❒ L’élève a besoin d’aide pour **accéder** à l’inhalateur. L’inhalateur doit être disponible et utilisable facilement |
| L’inhalateur est conservé :  |  |
| ❒ Par\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Endroit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autre endroit  |
| ❒ Dans le casier no \_\_\_\_\_\_\_\_ Combinaison du casier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| ❒ 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-t-il besoin d’aide pour **utiliser** son inhalateur?  | ❒ Oui | ❒ Non |
| ❒ L’élève a un **inhalateur de réserve** qui est conservé : |
| ❒ Au bureau (précisez l’endroit) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Autre endroit  |
| ❒ Dans le casier no \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Combinaison du casier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| **UTILISATION DE MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE À L’ÉCOLE ET DURANT LES ACTIVITÉS SCOLAIRES**  |
| D’autres médicaments 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) |  |  |

|  |
| --- |
| **PROCÉDURES D’URGENCE** |
| **SI VOUS OBSERVEZ UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :** |
| * Toux continue
 |
| * Difficulté à respirer
 |
| * Oppression thoracique (serrement de poitrine)
 |
| * Respiration bruyante (sifflement dans la poitrine)
 |
| (L’élève peut également être agité, irritable ou tranquille.) |
|  |
| **FAITES CE QUI SUIT :** |
| **ÉTAPE 1 :** Utilisez immédiatement l’inhalateur de secours à action rapide (habituellement de couleur bleue). Utilisez un espaceur s’il a été fourni.  |
|  |
| **ÉTAPE 2 :** Vérifiez les symptômes. L’élève ne peut reprendre les activités normales qu’une fois tous les symptômes disparus. |
| Si les symptômes s’aggravent ou ne diminuent pas dans les 10 minutes qui suivent, **IL S’AGIT D’UNE SITUATION D’URGENCE!** Prenez alors les mesures indiquées ci-dessous. |
| **SI VOUS OBSERVEZ UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :** |
| * La respiration de l’élève est difficile et rapide.
 |
| * L’élève ne peut pas s’exprimer en phrases complètes.
 |
| * Ses lèvres ou les lits de ses ongles sont bleus ou gris.
 |
| * Sa peau, son cou ou sa poitrine sont aspirés à chaque respiration.
 |
| (L’élève peut également être agité, irritable ou tranquille.) |
|  |
| **IL S’AGIT D’UNE SITUATION D’URGENCE! FAITES CE QUI SUIT :**  |
| **ÉTAPE 1 : UTILISEZ IMMÉDIATEMENT L’INHALATEUR DE SECOURS À ACTION RAPIDE (HABITUELLEMENT DE COULEUR BLEUE). UTILISEZ UN ESPACEUR S’IL A ÉTÉ FOURNI.** |
| Appelez le 9-1-1 pour faire venir une ambulance. Suivez le protocole de communication avec le 9-1-1 avec les intervenants d’urgence.  |
|  |
| **ÉTAPE 2 :** Si les symptômes se poursuivent, utilisez l’inhalateur de secours toutes les 5 ou 10 minutes jusqu’à l’arrivée de l’aide médicale. |
| En attendant l’arrivée de l’aide médicale : |
| * Faites asseoir l’élève avec les bras étendus sur une table. Ne le faites pas s’étendre, sauf en cas de réaction anaphylactique.
 |
| * Ne le faites pas souffler dans un sac.
 |
| * Gardez votre calme, rassurez l’élève et restez à ses côtés.
 |
| * Avisez les personnes à contacter en cas d’urgence (parent(s), tuteur(s) ou autres personnes désignées).
 |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ (FACULTATIFS)** |
| **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  |
|  |
| Signature  | Date  |
|  |
| Instructions spéciales, notes ou étiquettes de médicaments sur ordonnance : |
|  |
|  |
| 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. |

|  |
| --- |
| **AUTORISATION ET RÉVISION DU PLAN**  |
| PERSONNES À QUI CE PLAN DE SOINS DOIT ÊTRE COMMUNIQUÉ  |
| 1.  | 2.  | 3.  |
|  |  |  |
| 4.  | 5.  | 6.  |
| Autres partenaires à contacter au sujet de ce plan :  |
| Programme avant l’école | ❒ Oui ❒ Non  |   |
|  |  |  |
| Programme après l’école | ❒ Oui ❒ Non  |   |
| Conducteur d’autobus scolaire (no du trajet)  |
|  |  |  |
| Autres  |
| **Ce plan restera en vigueur pour l’année scolaire 20**\_\_\_\_**–20**\_\_\_\_ **sans être modifié.** **Il sera révisé au plus tard le** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Il appartient au/aux parent(s) ou tuteur(s) d’aviser la direction de l’école s’il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l’année scolaire.  |
| Parent(s) ou tuteur(s)  | Date  |
|  | Signature |  |
| Élève  | Date  |
|  | Signature |  |
| Direction  | Date  |
|  | Signature |  |