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 | | | |  | | |