Logo   
du conseil

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE – DIABÈTE DE TYPE 1**  **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. |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SOUTIEN POUR LE DIABÈTE DE TYPE 1** | |
|  | |
| Nom des personnes formées qui fourniront du soutien concernant les tâches liées à la gestion du diabète (p. ex., membres désignés du personnel ou alliés en soins communautaires) | |
|  |  |
|  | |
|  |  |
| Méthode de communication entre le foyer et l’école | |
|  | |
| Autres affections médicales ou allergies | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GESTION QUOTIDIENNE DU DIABÈTE DE TYPE 1** | | | | | |
| L’élève est capable de gérer son diabète de façon indépendante et n’a besoin d’aucune aide particulière de l’école. | | | | | |
| ❒ Oui | ❒ Non | |  | | |
| ❒ Si *oui*, allez directement à la page 5, Procédures d’urgence. | | | | | |
| **ROUTINE** | | **MESURES** | | | |
| **SURVEILLANCE DE LA GLYCÉMIE**  ❒ L’élève a besoin d’une personne formée pour vérifier sa glycémie et lire  le résultat.  ❒ L’élève a besoin de surveillance pour vérifier sa glycémie et lire le résultat.  ❒ L’élève peut vérifier sa glycémie et lire le résultat de manière indépendante.  ❒ L’élève a un glucomètre continu.  🟏 L’élève devrait pouvoir vérifier sa glycémie en tout temps et en tout lieu, et il faut respecter son désir de s’isoler pour le faire. | | Intervalle de valeurs cibles  de la glycémie | | \_\_\_\_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/L | |
| Heure(s) de vérification de la glycémie  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Communiquez avec le(s) parent(s) ou tuteur(s) si la glycémie est de | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/L | |
| Responsabilités du/des parent(s) ou tuteur(s) | | | |
| Responsabilités de l’école | | | |
| Responsabilités de l’élève | | | |
| **REPAS**  ❒ L’élève a besoin de surveillance à l’heure des repas pour veiller à ce qu’il termine ses repas.  ❒ L’élève peut gérer sa consommation de nourriture de manière indépendante.  🟏 Il faut prendre des mesures d’adaptation raisonnables pour permettre à l’élève de prendre tous les repas et toutes les collations qui lui sont fournies à des heures déterminées. L’élève ne devrait pas partager ni échanger sa nourriture ou ses collations avec d’autres élèves. | | Heures recommandées pour les repas et les collations | | | |
| Responsabilités du/des parent(s) ou tuteur(s) | | | |
| Responsabilités de l’école | | | |
| Responsabilités de l’élève | | | |
| Instructions pour les jours de repas et les activités spéciales | | | |
| **ROUTINE** | | **MESURES (suite)** | | | |
| **INSULINE**  ❒ L’élève ne prend pas d’insuline à l’école.  ❒ L’élève prend de l’insuline à l’école par :  ❒ Injection  ❒ Pompe  ❒ L’insuline est administrée par :  ❒ L’élève  ❒ L’élève, sous surveillance  ❒ Le(s) parent(s) ou tuteur(s)  ❒ Une personne formée  🟏 Tous les élèves ayant du diabète de type 1 prennent de l’insuline. Certains élèves ont besoin de le faire pendant la journée scolaire, habituellement avant les repas et les collations. | | Lieu où se trouve l’insuline | | | |
| Heures d’administration de l’insuline | | | |
| ❒ Avant l’école | | | ❒ À la pause du matin |
| ❒ À l’heure du dîner | | | ❒ À la pause de l’après-midi |
| ❒ Autres (précisez) | | | |
| Responsabilités du/des parent(s) ou tuteur(s) | | | |
| Responsabilités de l’école | | | |
| Responsabilités de l’élève | | | |
| Autres commentaires | | | |
| **ACTIVITÉ PHYSIQUE**  L’activité physique entraîne une baisse de la glycémie. On vérifie souvent la glycémie avant une activité physique. L’élève pourrait avoir à prendre une collation contenant des glucides avant ou après une activité physique.  L’élève doit toujours avoir à portée de la main une source de sucre à action rapide. | | Indiquez ce que l’élève doit faire pour aider à prévenir une hypoglycémie causée par l’activité physique : | | | |
| 1. Avant l’activité | | | |
| 1. Pendant l’activité | | | |
| 1. Après l’activité | | | |
| Responsabilités du/des parent(s) ou tuteur(s) | | | |
| Responsabilités de l’école | | | |
| Responsabilités de l’élève | | | |
| Pour des activités spéciales (p. ex., activités parascolaires, course Terry Fox), avisez le(s) parent(s) ou tuteur(s) à l’avance afin de prendre les ajustements ou les arrangements nécessaires. | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ROUTINE** | **MESURES (suite)** |
| **TROUSSE DE GESTION  DU DIABÈTE**  Le(s) parent(s) ou tuteur(s) doit/doivent fournir les appareils nécessaires, en assurer l’entretien et renouveler les stocks de fournitures.  L’école doit veiller à ce que la trousse soit accessible en tout temps, y compris pendant les sorties scolaires, les exercices d’incendie et les confinements barricadés (« lockdowns »). Elle doit prévenir les parents lorsque les stocks de fournitures diminuent. | Les trousses seront disponibles dans différents endroits et comprendront:  ❒ Glucomètre, bandelettes de tests et lancettes |
| ❒ Insuline, stylo injecteur et fournitures connexes |
| ❒ Source de sucre à action rapide (p. ex., jus, bonbons,  comprimés de glucose) |
| ❒ Collations contenant des glucides |
| ❒ Autres (précisez) |
| Lieu où se trouve la trousse |
| **BESOINS PARTICULIERS**  Un élève ayant des besoins particuliers pourrait nécessiter une aide plus importante que celle prévue dans ce plan. | Commentaires |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PROCÉDURES D’URGENCE** | | | | | | |
| **HYPOGLYCÉMIE – FAIBLE TAUX DE GLUCOSE DANS LE SANG** | | | | | | |
| **(4 mmol/L ou moins)** | | | | | | |
| **NE LAISSEZ PAS L’ÉLÈVE SANS SURVEILLANCE.** | | | | | | |
| Chez mon enfant, les symptômes habituels d’hypoglycémie sont les suivants : | | | | | | |
| ❒ Vacillement | ❒ Faiblesse, fatigue | | | ❒ Irritabilité, mauvaise humeur | | ❒ Vertige |
| ❒ Vision brouillée | ❒ Mal de tête | | | ❒ Tremblements | | ❒ Faim |
| ❒ Pâleur | ❒ Confusion | | | ❒ Autres | | |
| Mesures à prendre en cas d’hypoglycémie légère (l’élève réagit quand on lui parle) : | | | | | | |
| 1. Vérifiez la glycémie et donnez à l’élève \_\_\_\_\_\_ grammes de glucides à action rapide  (p. ex., ½ tasse de jus, 15 Skittles) | | | | | | |
| 1. Vérifiez à nouveau la glycémie 15 minutes plus tard. | | | | | | |
| 1. Si la glycémie est toujours de 4 mmol/L ou moins, répétez les mesures 1 et 2 jusqu’à ce qu’elle dépasse 4 mmol/L. Donnez à l’élève une collation riche en féculents si le prochain repas ou la prochaine collation aura lieu dans plus d’une heure. | | | | | | |
| Mesures à prendre en cas d’hypoglycémie sévère (l’élève ne réagit pas quand ou lui parle) : | | | | | | |
| 1. Placez l’élève sur le côté, dans la position de récupération. | | | | | | |
| 1. Appelez le 9-1-1. Ne donnez aucune nourriture ou boisson à l’élève, car il risquerait de s’étouffer. Surveiller l’élève jusqu’à l’arrivée du personnel des services d’urgence . | | | | | | |
| 1. Appelez les personnes à contacter en cas d’urgence (parent(s), tuteur(s) ou autres personnes désignées). | | | | | | |
| **HYPERGLYCÉMIE – TAUX ÉLEVÉ DE GLOCOSE DANS LE SANG** | | | | | | |
| **(14 mmol/L ou plus)** | | | | | | |
| Chez mon enfant, les symptômes habituels d’hyperglycémie sont les suivants : | | | | | | |
| ❒ Soif extrême | ❒ Faim | ❒ Douleurs abdominales | | | ❒ Mal de tête | |
| ❒ Fréquent besoin d’uriner | | ❒ Vision brouillée | | | ❒ Irritabilité | |
| ❒ Peau chaude et rouge | | ❒ Autres | | | | |
| Mesures à prendre en cas d’hyperglycémie légère : | | | | | | |
| 1. Autorisez l’élève à aller aux toilettes à son gré. | | | | | | |
| 1. Encouragez l’élève à ne boire que de l’eau. | | | | | | |
| 1. Appelez le(s) parent(s) ou tuteur(s) si la glycémie dépasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mmol/L. | | | | | | |
| Symptômes d’hyperglycémie sévère : | | | | | | |
| ❒ Respiration rapide et superficielle | | | ❒ Vomissement | | ❒ Haleine à l’odeur fruitée | |
| Mesures à prendre en cas d’hyperglycémie sévère : | | | | | | |
| 1. Si possible, confirmez qu’il s’agit d’hyperglycémie en vérifiant la glycémie de l’élève. | | | | | | |
| 1. Appelez immédiatement les personnes à contacter en cas d’urgence (parents, tuteurs 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 | | | |  | | |