Logo
du conseil

|  |
| --- |
| **AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE – ÉPILEPSIE** **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. |  |  |  |

|  |
| --- |
| Est-ce qu’un médicament de secours a été prescrit à l’élève? ❒ Oui ❒ Non |
| Si *oui*, joignez le plan de secours, les directives du fournisseur de soins de santé et l’autorisation du/des parent(s) ou tuteur(s) de l’élève afin qu’une personne formée administre le médicament. |
| 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. |
| **ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS CONNUS D’UNE CRISE** |
| COCHEZ (✓) TOUS LES ÉLÉMENTS QUI S’APPLIQUENT.  |
| ❒ Stress | ❒ Cycle menstruel | ❒ Inactivité |
| ❒ Changement d’alimentation  | ❒ Manque de sommeil | ❒ Stimulation électronique (télévision, écrans vidéo, fluorescents) |
| ❒ Maladie ❒ Changement de température | ❒ Équilibre inapproprié de médicaments ❒ Autres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❒ Autres affections médicales ou allergies   |

|  |
| --- |
| **GESTION QUOTIDIENNE DE L’ÉPILEPSIE**  |
| **DESCRIPTION DE LA CRISE** **(NON CONVULSIVE)** | **MESURES** |
|  | (p. ex., description de la thérapie alimentaire, risques à réduire, évitement des éléments déclencheurs) |
| **DESCRIPTION DE LA CRISE (CONVULSIVE)** | **MESURES** |
|  |  |
| **GESTION DES CRISES** |
| Remarque : Un élève peut avoir plus d’un type de crise. Fournissez des renseignements pour chaque type. |
| **TYPE DE CRISE** | **MESURES À PRENDRE PENDANT LA CRISE** |
| (p. ex., tonico-clonique, absence, partielle simple, partielle complexe, atonique, myoclonique, contractions infantiles) Type :Description : |  |
| Fréquence des crises :Durée habituelle des crises :  |

|  |
| --- |
| **PREMIERS SOINS DE BASE : SOINS ET CONFORT** |
| Procédures de premiers soins :  |
|   |
| L’élève a-t-il besoin de quitter la classe après une crise? ❒ Oui ❒ Non |
| Si *oui*, décrivez le processus pour ramener l’élève en classe :  |
|   |
| **PREMIERS SOINS DE BASE EN CAS DE CRISE :**  |
| * 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 :** |
| * Protégez la tête de l’élève.
 |
| * Gardez les voies respiratoires de l’élève ouvertes et surveillez sa respiration.
 |
| * Tournez l’élève sur le côté.
 |
| **PROCÉDURES D’URGENCE**  |
| 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).  |

|  |
| --- |
| **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 personnes 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 |  |