## **PLAN DE SOINS DE SANTÉ POUR L’ANAPHYLAXIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l'enfant :** | | | **Date de naissance :** | |
| **Nom du programme communautaire :** | | | | |
| **Nom du parent/tuteur :** | | | | |
| **Tél. (domicile) :** | **Tél. (cellulaire) :** | | **Tél. (travail) :** | |
| **Nom du parent/tuteur :** | | | | |
| **Tél. (domicile) :** | **Tél. (cellulaire) :** | | **Tél. (travail) :** | |
| **Autre personne à contacter en cas d'urgence :** | | | | |
| **Tél. (domicile) :** | **Tél. (cellulaire) :** | | **Tél. (travail) :** | |
| **Allergologue :** | | | **Tél. :** | |
| **Pédiatre/médecin de famille :** | | | **Tél. :** | |
| **Allergènes pouvant mettre la vie en danger (c’est-à-dire allergènes pour lesquels l’auto-injecteur d’épinéphrine est prescrit) :** | | | | |
| **Autres allergies (qui ne mettent pas la vie en danger) :** | | | |  |
| **L’enfant porte-t-il un bracelet d'identification MedicAlert indiquant les allergies qui mettent la vie en danger?** | | | | **OUI**  **NON** |
| Information sur l’auto-injecteur d’épinéphrine | | | | |
| Type  EpiPen® 0,15 mg (vert)  EpiPen® 0,3 mg (jaune)  Allerject® 0,15 mg (bleu)  Allerject® 0,3 mg (orange) | | **Emplacement** – On recommande que l’enfant ait sur lui son auto-injecteur d’épinéphrine en tout temps.  Sacoche de ceinture  Sac à dos  Sac à main  Autre – Décrire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| L’enfant a un deuxième auto-injecteur d’épinéphrine (d’appoint) disponible sur les lieux du programme communautaire.  OUI – Emplacement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  NON | | | | |
| **Autres renseignements que les responsables du programme communautaire devraient connaître sur l’allergie mettant la vie de l’enfant en danger.** | | | | |

**Le Plan de soins de santé doit accompagner l’enfant pendant les excursions à l’extérieur de l’établissement.**

PLAN DE SOINS DE SANTÉ POUR L’ANAPHYLAXIE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | | **Date de naissance :** |
| **SI VOUS OBSERVEZ CECI,** | | **FAITES CELA** |
| **Si une combinaison QUELCONQUE des signes suivants est présente et qu’il y a des raisons de soupçonner l’anaphylaxie :** | | 1. Administrez l’auto-injecteur d’épinéphrine sur le côté du milieu de la cuisse. 2. Immobilisez la jambe de l’enfant. Il doit être assis ou couché dans une position confortable. 3. Identifiez l’endroit où administrer l’injection, sur le côté du milieu de la cuisse. 4. Tenez l’auto-injecteur d’épinéphrine correctement. 5. Retirez le bouchon de sécurité en tirant bien droit. 6. Pressez fermement l’embout sur la cuisse à un angle de 90º jusqu’à ce que vous entendiez un déclic. Maintenez l’auto-injecteur d’épinéphrine en place pour vous assurer que tout le médicament a été injecté. 7. Jetez l’auto-injecteur d’épinéphrine utilisé conformément à la politique du programme communautaire pour disposer des aiguilles, ou remettez-le au personnel des Services médicaux d’urgence. 8. Composez le 911/EMS.   *Cela doit être fait simultanément à l'injection de l'auto-injecteur d'épinéphrine en déléguant la tâche à une personne responsable.*   1. Avertissez les parents ou tuteurs. 2. SI les symptômes persistent sans amélioration, un autre auto-injecteur d’épinéphrine peut être administré de 5 à 15 minutes après la première dose. 3. Restez avec l'enfant jusqu'à l'arrivée des intervenants des Services médicaux d’urgence.   *Empêchez l’enfant de se redresser ou de se lever rapidement, pour éviter une autre chute de la tension artérielle*  *Les antihistaminiques ne sont PAS utilisés pour la prise en charge des allergies qui menacent la vie dans le contexte des programmes communautaires.* |
| **Visage**   * Yeux rouges et larmoyants * Écoulement nasal * Rougeur et enflure du visage, des lèvres et de la langue * Urticaire (rougeurs, papules, démangeaisons)   **Voies respiratoires**   * Sensation de serrement de la gorge * Enrouement ou autre changement de la voix * Difficulté à avaler * Difficulté à respirer * Toux * Respiration sifflante * Salivation excessive | **Estomac**   * Vomissements sévères * Diarrhée sévère * Crampes sévères   **Ensemble du corps**   * Urticaire (rougeurs, papules, démangeaisons) * Sentiment d’angoisse * Changement du comportement * Peau pâle ou bleutée * Étourdissements * Évanouissement * Perte de conscience |
| **Stratégies de réduction des risques**  Éviter les allergènes est la seule façon de prévenir les réactions anaphylactiques. Bien qu’il ne soit pas possible de parvenir à une élimination complète de tous les allergènes dans le contexte d’un programme communautaire, il est important de réduire l’exposition aux allergènes qui mettent la vie en danger. Communiquez avec le programme communautaire si vous avez des questions sur les stratégies de réduction des risques qui sont en place dans l’établissement. La politique de la division scolaire se trouve sur son site Web. | | |

#### *J’ai lu et examiné le présent plan de soins de santé et je l’accepte, au nom de mon enfant.*

#### **Signature du parent/tueur :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### *J’ai examiné le présent plan de soins de santé pour m’assurer qu’il contient les renseignements nécessaires pour le programme communautaire.*

# Signature de l’infirmière : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Documentation**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |