**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Maladie de Kawasaki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| **Programme communautaire :**       | **Niveau scolaire (le cas échéant) :**       |
| **Identification médicale portée?** | **[ ]  OUI [ ]  NON**  |
| **Parent/tuteur :**       |  |
| **Tél. (domicile) :**      | **Cellulaire :**       | **Travail :**       |
| **Parent/tuteur :**       |  |
| **Tél. (domicile) :**       | **Cellulaire :**       | **Travail :**       |
| **Personne à contacter en cas d’urgence :**       |
| **Tél. (domicile) :**       | **Cellulaire :**       | **Travail :**       |
| **Cardiologue :**       | **Tél. :**       |
| **Pédiatre/médecin de famille :**       | **Tél. :**       |
| **Troubles médicaux :**       |
| **Allergies :**       |
| **Médicaments prescrits :**       |
| **Renseignements propres à l’enfant :** *Antécédents*:      *Précautions à prendre, le cas échéant :* Avertissez le parent/tuteur si l’enfant a été exposé à la varicelle.      *Restrictions des activités, le cas échéant :*       *Renseignements additionnels :*   |

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

#### PLAN D’INTERVENTION EN CAS D’URGENCE

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| **SI VOUS OBSERVEZ CECI :** | **FAITES CECI :** |
| Insuffisance cardiaque congestive (ICC)L’ICC survient lorsque le cœur est incapable de pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins du corps. * Transpiration pendant les périodes de calme
* Respiration rapide/difficile persistante
* Essoufflement
* Rythme cardiaque rapide ou irrégulier
* Douleurs thoraciques
* Narines dilatées
* Couleur bleue sur les lèvres ou autour des lèvres, sur les yeux, les oreilles ou le bout des doigts
* Apathie (fatigue et réticence à effectuer des activités normales)
* Incapacité d’arrêter de tousser
* Peau devenant de plus en plus pâle ou bleue
* Fatigue soudaine
 | * 1. Faites en sorte que l’enfant se repose.
	2. Si les symptômes ne s’améliorent pas, communiquez avec le parent/tuteur.
	3. Si les symptômes ne s’améliorent pas et que vous êtes incapable de joindre le parent/tuteur ou la personne à contacter en cas d’urgence après 5 à 10 minutes, appelez le 911/ service médical d’urgence.
	4. Placez l’enfant sur le plancher en position de récupération (couché sur le côté gauche).
	5. Maintenez les voies respiratoires ouvertes. Desserrez les vêtements ajustés.
	6. Restez avec l’enfant jusqu’à l’arrivée des services d’urgence.
	7. Informez le personnel médical d’urgence que l’enfant souffre d’un trouble cardiaque.\*

Si l’enfant respire avec des bruits de gargouillement, pouvant provenir d’une accumulation de liquide dans les poumons, appelez le 911/ service médical d’urgence. |
| **Perte de conscience**Un enfant atteint d’un trouble cardiaque présente un risque d’*arrêt* *cardiaque soudain*.  | 1. Appelez le 911/service médical d’urgence.
2. Procédez à la RCR et utilisez le défibrillateur externe automatique (DEA) si vous en avez un.
3. Avertissez le parent/tuteur.
4. Informez le personnel médical d’urgence que l’enfant souffre d’un trouble cardiaque.\*
 |
| **L’enfant se plaint de douleurs à la poitrine**Il peut s’agit d’une rupture d’anévrysme. | 1. Communiquez immédiatement avec le parent/tuteur.
2. Si vous n’arrivez pas à joindre le parent/tuteur, appelez le 911/service médical d’urgence.
3. Restez avec l’enfant jusqu’à l’arrivée du personnel médical d’urgence.
4. Informez le personnel médical d’urgence que l’enfant souffre d’un trouble cardiaque.\*
 |
| **\*Endocardite infectieuse** L’endocardite infectieuse est une infection causée par une bactérie qui pénètre dans la circulation sanguine et peut mener à des dommages permanents au cœur. Si vous appelez le 911/service médical d’urgence, informez le personnel que l’enfant souffre d’un trouble cardiaque. |

#### PLAN D’INTERVENTION EN CAS D’URGENCE

**Enfant recevant des anticoagulants**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| **SI VOUS OBSERVEZ CECI :** | **FAITES CECI :** |
| **Si l’enfant subit une blessure importante à l’une des parties suivantes du corps, avec ou sans symptômes apparents :**Tête* Perte de conscience
* Somnolence
* Étourdissements
* Irritabilité
* Confusion
* Nausées et/ou vomissements
* Pupilles dilatées ou inégales
* Maux de tête
* Démarche instable

Œil/région de l’œil * Douleur
* Enflure

Cou* Douleur au cou ou à la gorge
* Enflure
* Difficulté à avaler
* Difficulté à respirer

Poitrine* Douleur à la poitrine
* Difficulté à respirer
* Toux sanguinolente
* Peau pâle
* Manque d’énergie

Abdomen * Douleur à l’abdomen ou au bas du dos
* Nausées ou vomissements
* Présence de sang dans l’urine
* Selles noires ou sanguinolentes
 | 1. Appelez le 911/ service médical d’urgence.
2. Ne déplacez pas l’enfant, à moins qu’il ne se trouve dans un endroit dangereux.
3. Avertissez le parent/tuteur.
 |

**PROBLÈMES POSSIBLES**

**Enfant recevant des anticoagulants**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| SI VOUS OBSERVEZ CECI : | FAITES CECI : |
| **Coupures et égratignures**  | 1. Mettez des gants.
2. Nettoyez la peau.
3. Appliquez une pression ferme et constante jusqu’à l’arrêt du saignement.
4. Appliquez un pansement.
5. Appliquez de la glace, si vous en avez.
6. Communiquez avec le parent/tuteur pour recevoir des instructions si le saignement n’a pas cessé après 20 minutes. Si vous êtes incapable de joindre un parent/tuteur ou la personne à contacter en cas d’urgence, appelez le 911/ service médical d’urgence.
 |
| **Saignements de nez** | 1. Mettez des gants.
2. Encouragez l’enfant à se moucher doucement pour retirer le mucus et les caillots instables. Une fois le saignement terminé, encouragez l’enfant à NE PAS se moucher de nouveau le plus longtemps possible (au moins une ou deux heures).
3. Placez l’enfant en position assise, la tête légèrement inclinée vers l’avant.
4. Appliquez une pression ferme et constante pendant un minimum de 10 minutes ou jusqu’à l’arrêt du saignement. Dans la mesure du possible, utilisez un linge froid.
5. Communiquez avec le parent/tuteur si le saignement n’a pas cessé après 20 minutes.
6. Si vous êtes incapable de joindre un parent/tuteur ou la personne à contacter en cas d’urgence, appelez le 911/ service médical d’urgence
 |
| **Saignements dans la bouche** | 1. Mettez des gants.
2. Appliquez une pression ferme et constante (si possible) jusqu’à l’arrêt du saignement. Dans la mesure du possible, utilisez un linge froid.
3. Encouragez l’enfant à manger une sucette glacée ou de la glace.
4. Encouragez l’enfant à cracher le sang plutôt que de l’avaler, pour éviter de déranger son estomac.
5. Communiquez avec le parent/tuteur si le saignement n’a pas cessé après 20 minutes.
6. Si vous êtes incapable de joindre un parent/tuteur ou la personne à contacter en cas d’urgence, appelez le 911/ service médical d’urgence.
 |
| **Ecchymoses**  | Si un enfant se plaint d’une douleur constante au site d’une ecchymose, avertissez le parent/tuteur. |
| **Saignements des jointures et articulations*** Enflure
* Zone chaude au toucher
* Douleur
* Mobilité réduite de l’articulation
 | 1. L’enfant doit se reposer. Gardez-le immobile pour éviter toute lésion additionnelle.
2. Appliquez de la glace sur la blessure. Limitez l’application de glace à 20 minutes et placez un linge entre la glace et la peau exposée.
3. Élevez le membre blessé.
4. Communiquez avec le parent/tuteur. Si vous êtes incapable de joindre un parent/tuteur ou la personne à contacter en cas d’urgence après 15 minutes, appelez le 911/ service médical d’urgence.
 |

#### DOCUMENTATION

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| **Date** | **Documentation et signature** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

## SIGNATURES

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
|  |
| **Plan de soins de santé personnalisé complété/revu avec le parent/tuteur par** :Signature de l’infirmière Date Signature de l’infirmière Date |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#### *J’ai examiné le plan de soins ci-dessus et je consens à sa mise en application dans le cadre du programme communautaire.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature du parent/tuteur Date**