**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Trouble cardiaque**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 :*  *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.\* |
| **\*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. | |

#### 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**