**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Crises fébriles**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | | | **Date de naissance :** | |
| **Nom du programme communautaire :** | | | **Niveau scolaire (le cas échéant) :** | |
| **Bracelet médical porté par l’enfant?** | | **OUI  NON** | **IMM :** | |
| **NIP :** | |
| **Nom du parent/tuteur :** | | |  | |
| **Tél. (domicile) :** | **Cellulaire :** | | **Travail :** | |
| **Nom du parent/tuteur :** | | | |  |
| **Tél. (domicile) :** | **Cellulaire :** | | **Travail :** | |
| **Personne à contacter en cas d’urgence :** | | | | |
| **Tél. (domicile) :** | **Cellulaire :** | | **Travail :** | |
| **Neurologue :** | | | **Tél. :** | |
| **Pédiatre/médecin de famille :** | | | **Tél. :** | |
| **Troubles médicaux :** | | | | |
| **Allergies :** | | | | |
| **Médicaments prescrits :** | | | | |
| **Renseignements sur l’enfant :**  Type de crises :  Fréquence et durée habituelles des crises :  Antécédents (diagnostic initial, dernière crise) :  Facteurs déclencheurs :  Précautions, restrictions :  Nom et emplacement du médicament de secours :  Autres traitements : | | | | |

**Le plan de soins de santé et les médicaments d’urgence doivent accompagner l’enfant pendant les sorties à l’extérieur de l’établissement.**

**INTERVENTIONS EN CAS DE CRISE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Date de naissance :** |
| SI VOUS OBSERVEZ CECI | FAITES CECI |
| **L’enfant montre des signes de fièvre**   * L’enfant a l’air malade.   + - Sa peau est chaude et sèche et peut être pâle ou rouge.     - L’enfant transpire, tremble ou a la chair de poule.     - Sa température est au-dessus de la normale (37,5° C ou 98,6° F). | 1. Communiquez avec le parent/tuteur. 2. Donnez de l’acétaminophène ou de l’ibuprofène, si un consentement écrit a été obtenu du parent/tuteur.  * Ne PAS donner d’aspirine. * Habillez l’enfant de vêtements légers. * Donnez à boire des liquides clairs et frais. * Gardez la pièce fraîche, sans qu’elle soit froide. |
| **Crise tonicoclonique**   * Perte de conscience soudaine. * Tout le corps se raidit (phase tonique). * Secousses répétées du corps (phase clonique). * L’enfant s’affaisse au sol. * Il peut pleurer. * Sa respiration peut changer. * Il peut serrer les dents. * Il peut se mordre la langue. * Il peut baver ou saliver davantage. * Il peut perdre le contrôle de sa vessie et de ses intestins. * La peau peut devenir pâle ou de couleur bleu-gris. * Il peut dormir ou avoir besoin de se reposer après la crise. * Il peut être confus après la crise. | **Pendant la crise :**   * 1. Notez l’heure à laquelle vous avez constaté la crise.   2. Placez l’enfant par terre, couché sur le côté.   3. Éloignez tout objet qui pourrait causer une blessure. Desserrez les vêtements ajustés.   4. Restez avec l’enfant. Assurez-vous qu’il reste couché sur le côté jusqu’à ce qui soit éveillé.   **Après la crise :**   * Rassurez et réconfortez l’enfant. * Avertissez le parent/tuteur qu’une crise s’est produite.   **IL NE FAUT PAS :**   * Immobiliser l’enfant. * Mettre quoi que ce soit dans la bouche de l’enfant. * Offrir quoi que ce soit à boire ou à manger avant que l’enfant ne soit complètement éveillé. * Placer quoi que ce soit sous la tête de l’enfant. |
| **Situations d’urgence**   * La crise dure plus de 5 minutes. * Crises à répétition à quelques minutes d’intervalle sans signe que l’enfant récupère entre les crises. * Signe de blessure grave. * Présence d’autres problèmes médicaux (par ex., obstruction des voies respiratoires, étouffement). * Enfant diabétique ou jeune fille enceinte. | * 1. Appelez le 911-services médicaux d’urgence. Déléguez cette tâche à une personne responsable.   2. Avertissez le parent/tuteur de l’enfant. Cette tâche peut aussi être déléguée à une personne responsable.   3. Restez avec l’enfant jusqu’à l’arrivée du personnel médical d’urgence.   Ne laissez PAS l’enfant seul. |

### RELEVÉ DE L’ACTIVITÉ CONVULSIVE

On recommande d’observer et de consigner l’information suivante :

* Heure et date de la crise.
* Durée de la crise.
* Description de l’activité convulsive observée. Il n’est pas nécessaire de déterminer le type de crise.
* Activités auxquelles l’enfant participait quand la crise est survenue.
* Exposition à des facteurs déclencheurs possibles (par ex., fatigue, maladie, lumières clignotantes, stress).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | | | | **Date de naissance :** | |
| **Date** | **Heure** | **Durée** | **Description** | **Activité** | **Facteur déclencheur** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

# RELEVÉ DES SOINS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | | **Date de naissance :** |
| **DATE** | **DESCRIPTION DES SOINS ET SIGNATURE** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

## SIGNATURES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | Date de naissance : | |
|  | | | |
| **Formation**  Employés du programme communautaire ayant reçu une formation Date Signature de l’infirmière Date | | | |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan de soins de santé personnalisé établi/revu avec les parents ou tuteurs par** :  Signature de l’infirmière Date Signature de l’infirmière Date | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

#### *J’ai examiné ce plan de soins de santé avec l’infirmière et je consens à sa mise en application dans le cadre du programme communautaire.*

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

**Signature du parent/tuteur Date**