**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Trouble convulsif – Lorazépam**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 |
|        | Pendant la crise :     Après la crise :     Il ne faut PAS :      |
|  **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.
 |
| **Si la crise dure plus de       minutes** (Si vous n’êtes pas témoin du début d’une crise, administrez le lorazépam immédiatement puisque vous ne savez pas depuis combien de temps la crise dure.) | 1. Placez le lorazépam entre l’intérieur de la joue et la mâchoire inférieure de l’enfant. Massez doucement la joue.
2. Appelez le 911-services médicaux d’urgence après       minutes.
 |
| **Situations d’urgence*** **La crise dure plus de       minutes après l’administration du lorazépam**
* 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.  |

### ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT DE SECOURS

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| Nom du médicament :       | **Emplacement du médicament :**       |
| **Dose :**       | **Voie d’administration :**       |
| **Moment de l’administration :**       |
| **Quand appeler le 911-SMU :**       |

**Méthode d’administration du médicament**

1. Lavez-vous les mains.
2. Repérez le médicament et vérifiez le produit, l’enfant pour qui il a été prescrit, le moment d’administration, la voie d’administration et la dose. Par mesure de sécurité, ces vérifications doivent être faites trois fois.
3. Administrez le médicament en le **plaçant entre l’intérieur de la joue et la mâchoire inférieure. Massez doucement la joue.**
4. Composez le 911-services médicaux d’urgence si la crise ne cesse pas après la période de temps précisée.
5. Avertissez le parent/tuteur de l’enfant.
6. Restez avec l’enfant jusqu’à l’arrivée du personnel des services médicaux d’urgence. Informez le personnel médical que le lorazépam a été administré, en précisant l’heure à laquelle l’enfant a reçu le médicament et la dose qui a été administrée.
7. Consignez l’administration du médicament au dossier :
* Date/heure de l’administration
* Initiales/signature de la personne qui a administré le médicament
* Si l’administration n’a pas été complétée, indiquez pour quelle raison.
1. Replacez le médicament à l’endroit où il doit être conservé.
2. Nettoyez les fournitures, au besoin.

RELEVÉ DE L’ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT DE SECOURS

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mois** | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mois** | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mois** | **Lundi** | **Mardi** | **Mercredi** | **Jeudi** | **Vendredi** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Signatures : Initiales :

### 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**