**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Insuffisance surrénale**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | | | **Date de naissance :** | |
| **Nom du programme communautaire :** | | | **L’enfant porte-t-il un dispositif d’identification Medic-AlertMD?** | |
| * **OUI** | * **NON** |
| **Nom – mère, père, tuteur ou tutrice :** | | |  | |
| **Tél. à la maison :** | **Cellulaire :** | | **Tél. au travail :** | |
| **Nom – mère, père, tuteur ou tutrice :** | | | | |
| **Tél. à la maison :** | **Cellulaire :** | | **Tél. au travail :** | |
| **Personne à joindre en cas d’urgence :** | | | | |
| **Tél. à la maison :** | **Cellulaire :** | | **Tél. au travail :** | |
| **Endocrinologue :** | | **Tél. :** | | |
| **Pédiatre ou médecin de famille :** | | **Tél. :** | | |
| **Maladies :** | | | | |
| **Allergies :** | | | | |
| **Médicaments sur ordonnance :** | | | | |
| **Renseignements sur l’enfant :**   * *Date de diagnostic :* * *Antécédents et état de santé actuel*: * *Capacité qu’a l’enfant de reconnaître qu’il a besoin d’une dose en situation de stress et de réagir*: | | | | |

**Le plan de soins personnel et les médicaments d’urgence doivent accompagner l’enfant en cas d’excursion hors de l’établissement.**

PLAN D’INTERVENTION D’URGENCE

Insuffisance surrénale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | **Date de naissance :** | |
| **Nom du médicament :** | **Dose :** | **Voie :** |
| **Emplacement des médicaments :** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI | FAITES CE QUI SUIT |
| Signes de stress physiologique   * **Nausée** * **Vomissements** * Fièvre * Peau moite et froide * Visage blême * Cernes sous les yeux * Étourdissements inexpliqués * Léthargie ou faiblesse * Confusion | 1. Administrez la dose en situation de stress si elle est disponible. 2. Restez auprès de l’enfant. 3. Avertissez les parents ou tuteurs et prenez des mesures pour qu’ils viennent chercher l’enfant. 4. Si les parents, les tuteurs ou la personne à joindre en cas d’urgence ne sont pas joignables et que les symptômes de l’enfant persistent pendant 30 minutes, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.   **En cas de doute, appliquez le traitement.**  Un enfant qui vit un stress physiologique ne doit pas rester sur les lieux du programme communautaire, même si la dose en situation de stress a été administrée. Il faut en priorité avertir les parents ou tuteurs et faire en sorte que l’enfant soit ramené chez lui. Ne renvoyez pas l’enfant chez lui seul ou en autobus s’il présente un stress physiologique. |
| Insuffisance surrénale aiguë   * Vomissements continus * Convulsions * Perte de conscience | 1. Composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence. 2. Administrez la dose orale en situation de stress, si elle est disponible et que l’enfant est conscient. 3. Avertissez les parents ou tuteurs. 4. Restez avec l’enfant jusqu’à l’arrivée des intervenants des services médicaux d’urgence. |

**PLAN D’INTERVENTION D’URGENCE**

#### (si l’enfant a un glucomètre ou s’il a déjà souffert d’hypoglycémie)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Date de naissance : |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI | FAITES CE QUI SUIT |
| Hypoglycémie (faibles sucres sanguins)  * Peau froide ou moite, transpiration * Tremblements, manque de coordination * Irritabilité, hostilité, mauvais comportement * Fatigue * Mauvaise humeur ou changement de comportement * Difficulté de concentration, confusion * Marche titubante * L’enfant peut se plaindre de : * nervosité * faim extrême * maux de tête. * vision embrouillée * étourdissements * douleur abdominale ou nausée   **Signes d’hypoglycémie que l’enfant éprouve fréquemment** | 1. Vérifiez la glycémie si le glucomètre est accessible et si vous avez assez de temps. 2. Si le taux de glucose est inférieur à \_\_\_\_\_ mmol/L ou que l’enfant a des symptômes d’hypoglycémie, ou les deux, donnez-lui des sucres rapides à manger (15 grammes de glucides).   Exemples de sucres rapides   * ¾ de tasse de jus ou de boisson gazeuse ordinaire * 3 c. à thé ou 3 sachets de sucre ordinaire dissous dans un peu d’eau * 1 c. à soupe de miel * 6 bonbons Life Savers * 4 comprimés de dextrose  1. Attendez 10 à 15 minutes, puis vérifiez la glycémie de nouveau (si vous avez accès à un glucomètre). Si la glycémie est inférieure à \_\_\_\_\_\_ mmol/L ou que l’enfant présente toujours des signes d’hypoglycémie, donnez une deuxième fois à l’enfant des sucres à action rapide. 2. Attendez 10 à 15 minutes, puis vérifiez la glycémie de nouveau (si vous avez accès à un glucomètre). Si la glycémie est inférieure à \_\_\_\_\_\_ mmol/L ou que l’enfant présente toujours des signes d’hypoglycémie, donnez une troisième fois à l’enfant des sucres à action rapide et communiquez avec les parents ou tuteurs. 3. Si vous n’arrivez pas à joindre les parents, les tuteurs ou la personne à joindre en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.   EN CAS DE DOUTE, APPLIQUEZ LE TRAITEMENT!  RESTEZ AVEC L’ENFANT pendant au moins 30 minutes après le traitement de l’hypoglycémie. |
| **Hypoglycémie grave (faibles sucres sanguins)**   * Convulsions * Perte de conscience | 1. Composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence. 2. Allongez l’enfant sur le côté. 3. Avertissez les parents ou les tuteurs.   NE DONNEZ RIEN à boire ni à manger à l’enfant.  NE LAISSEZ PAS l’enfant seul. |

**DOCUMENTATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | | **Date de naissance :** |
| **DATE** | **DOCUMENTATION ET SIGNATURE** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

## SIGNATURES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : | | | Date de naissance : | |
|  | | | | |
| **Le plan de soins de santé personnalisé a été rempli et examiné avec le parent ou tuteur par**  Signature de l’infirmière Date Signature de l’infirmière Date | | | | |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |

#### *J’ai examiné le présent plan de soins de santé et je consens à ce qu’il soit mis en œuvre dans le cadre du programme communautaire.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signature du parent ou du tuteur** |  | **Date** |