**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Hyperinsulinisme**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 l’hypoglycémie et de réagir*: * *Types et emplacement des sucres à action rapide*: * *Emplacement du glucagon, s’il est conservé au programme communautaire*: | | | | |

**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

#### 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   3. Attendez 10 à 15 minutes, puis vérifiez la glycémie de nouveau (si vous avez accès à un glucomètre). Si la glycémie est en dessous de \_\_\_\_ mmol/L ou que l’enfant présente toujours des signes d’hypoglycémie, donnez à l’enfant une deuxième dose de sucres à action rapide.  4. Attendez 10 à 15 minutes, puis vérifiez la glycémie de nouveau (si vous avez accès à un glucomètre). Si la glycémie est en dessous de \_\_\_\_ mmol/L ou que l’enfant présente toujours des signes d’hypoglycémie, donnez à l’enfant une troisième dose de sucres à action rapide et communiquez avec le parent ou tuteur.  5. Si vous n’arrivez pas à joindre les parents, le tuteur ou une autre personne à contacter 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 le tuteur.   NE DONNEZ RIEN à manger ni à boire 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** |