**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Diabète insipide**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**  | **Date de naissance :**  |
| **Nom du programme communautaire :** | **L’enfant porte-t-il un dispositif d’identification MedicAlertMD?** |
| * **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 du diagnostic :*
* *Antécédents et état de santé actuel :*
* *Capacité qu’a l’enfant de reconnaître qu’il a besoin de la desmopressine (DDVAP) et de réagir :*

Les enfants ayant un diabète insipide doivent pouvoir aller aux toilettes et boire de l’eau sans aucune restriction. |

**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

**Diabète insipide**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**  | **Date de naissance :**  |
| **Nom des médicaments :**  | **Dose :**  | **Voie :**  |
| **Endroit où se trouve le médicament :**  |

|  |  |
| --- | --- |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI | FAITES CE QUI SUIT |
| Si l’enfant a manqué sa dose de desmopressine (DDAVP) ou si le médicament n’a pas été bien absorbé, l’enfant éprouvera une soif excessive et aura besoin d’uriner fréquemment (aux 30 à 60 minutes). | 1. Communiquez avec le parent ou tuteur pour déterminer si une dose de desmopressine est requise (selon l’horaire de la prochaine dose).
2. S’il est impossible de joindre le parent ou tuteur, aucune autre mesure n’est requise.

Il ne s’agit PAS d’une urgence médicale. Il n’est donc pas nécessaire de communiquer avec le 911 ou les services médicaux d’urgence si la desmopressine n’est pas administrée. |
| * 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** |