**PLAN DE SOINS DE SANTÉ**

**Ostéogenèse imparfaite — Enfants d’âge préscolaire**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | | | **Sexe :** | | **Date de naissance :** |
| **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 :** |
| **Spécialiste :** | | | | **Tél. :** | |
| **Pédiatre ou médecin de famille :** | | | | **Tél. :** | |
| **Troubles médicaux :** | | | | | |
| **Allergies :** | | | | | |
| **Médicaments sur ordonnance :** | | | | | |
| **Renseignements propres à l’enfant :**  *Type d’ostéogenèse imparfaite* :  *Antécédents :*  *Traitements actuels :*  *Capacité de l’enfant de reconnaître une blessure corporelle et de réagir :*  *Autres renseignements :* | | | | | |

**Lorsque l’enfant participe à des excursions à l’extérieur de l’établissement, son plan de soins de santé doit l’accompagner.**

#### PLAN DE MESURES D’URGENCE

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Date de naissance :** |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI | FAITES CE QUI SUIT |
| Les situations suivantes peuvent indiquer une fracture :   * l’enfant refuse de bouger la partie douloureuse du corps; * il y a un gonflement ou une contusion au niveau d’un os; * le membre de l’enfant est déformé; * l’enfant n’utilise pas le membre en question; * l’enfant est irritable. | | 1. Communiquez avec le parent ou tuteur de l’enfant. 2. S’il est impossible de joindre les parents, le tuteur ou l’autre personne à aviser en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence. 3. Informez les travailleurs paramédicaux que l’enfant a une ostéogenèse imparfaite. |
| * Ne bougez pas la partie touchée sauf s’il est absolument nécessaire de déplacer l’enfant pour le mettre hors de danger. Si le personnel doit déplacer l’enfant, maintenez la partie touchée aussi immobile que possible et évitez les secousses. * Installez l’enfant confortablement en attendant l’arrivée des parents ou de l’autre personne avisée. * Si l’enfant commence à avoir froid ou à avoir la nausée, donnez-lui une couverture, un pot ou tout ce dont il peut avoir besoin. * Ne lui donnez rien à boire ou à manger, car s’il doit subir une intervention chirurgicale pour réduire la fracture, cela interférerait avec les produits anesthésiants. * Le personnel devrait poser une attelle seulement si le parent le lui a demandé ou si l’enfant doit être déplacé avant l’arrivée des parents ou d’un autre aidant naturel. Vous pouvez faire une attelle de fortune en vous servant d’un coussin, d’une serviette ou même d’un magazine enroulés autour du membre touché. L’attelle peut être maintenue avec un bandage élastique ou des bandes de tissu. Veillez à ce que l’attelle ne soit pas trop serrée, car cela causerait des douleurs à l’enfant et ralentirait la circulation. Afin de ne pas lui infliger de douleurs additionnelles, posez l’attelle rapidement mais très délicatement, en évitant les mouvements brusques et les secousses. La plupart des cours généraux de premiers soins incluent des instructions pour poser une attelle.   . | | |

##### **MESURES DE SÉCURITÉ**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | **Date de naissance :** |
| **Porter l’enfant et lui donner des soins** | |
| Équipement | |
| Environnement physique | |
| Transport | |
| Autre | |

#### DOCUMENTATION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | | **Date de naissance :** |
| **Date** | **Documentation et signature** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

## SIGNATURES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | | | **Date de naissance :** | |
|  | | | | |
| **Le plan de soins de santé personnalisé a été rempli par l’infirmière dont le nom figure ci-dessous et examiné avec le parent ou tuteur.**  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 tuteur Date**