

Procédure administrative :	<i>Affections médicales prédominantes</i>	Numéro :	<i>PA – 7.055</i>
Catégorie :	<i>Administration des écoles</i>	Pages :	<i>26</i>
Approuvée :	<i>le 5 mars 2018</i>	Modifiée :	

1. Préambule

Conformément à l'énoncé de politique *P – 7.055 – Affections médicales prédominantes* du Conseil scolaire catholique Providence, les précisions et modalités ci-après sont articulées dans le but de clarifier les attentes concernant le soutien aux élèves souffrant d'affections médicales prédominantes.

2. Objectifs

Cette procédure administrative s'inspire des objectifs suivants :

- 2.1 Soutenir les élèves souffrant d'affections médicales prédominantes à avoir plein accès à l'école, dans un milieu d'apprentissage sécuritaire, accueillant et sain qui favorise le bien-être;
- 2.2 Habilitier les élèves, en tant qu'apprenants confiants et compétents, à réaliser leur plein potentiel concernant l'autogestion de leur affection médicale, conformément à leur plan de soins.

Aux fins d'application de la présente procédure, le terme affections médicales prédominantes ne désigne que l'asthme, le diabète, l'épilepsie et l'anaphylaxie diagnostiqués chez un élève par un médecin ou par un personnel infirmier praticien.

3. Rôles et responsabilités

3.1 Parents d'enfants souffrant d'affections médicales prédominantes

En tant que principaux aidants naturels, les parents d'un enfant ayant une affection médicale prédominante sont censés participer activement à la gestion du soutien à apporter à ce dernier à l'école, soit au minimum :

- a) éduquer leur enfant sur son affection médicale, avec le soutien du professionnel de la santé de leur enfant, au besoin;

- b) guider et encourager leur enfant pour qu'il réalise son plein potentiel en matière d'autogestion et d'autonomie sociale;
- c) informer l'école au sujet de l'affection médicale de leur enfant et établir son plan de soins de concert avec le directeur ou la personne désignée à la direction d'école;
- d) communiquer au directeur ou à la personne désignée à la direction d'école les changements au plan de soins, comme des changements du statut de l'affection médicale ou des affections médicales de leur enfant ou de sa capacité à gérer sa condition;
- e) confirmer tous les ans, préférablement à la rentrée scolaire, au directeur ou à la personne désignée à la direction d'école que le statut médical de son enfant demeure le même;
- f) organiser des réunions pour réviser le plan de soins et y participer;
- g) fournir à leur enfant ou à l'école suffisamment de médicaments et de fournitures médicales, dans leur contenant d'origine clairement étiqueté, comme prescrit par un professionnel de la santé et tel qu'indiqué dans le plan de soins, et faire un suivi de leurs dates de péremption;
- h) consulter un médecin, un membre du personnel infirmier praticien ou un pharmacien au besoin.

3.2 Élèves souffrant d'affections médicales prédominantes

D'après le stade de leur développement cognitif, affectif, social et physique, et leur capacité d'autogestion, les élèves sont censés participer activement à l'élaboration et à la mise en œuvre de leur plan de soins, c'est-à-dire :

- a) prendre en main la défense de leur sécurité et de leur bien-être personnels en fonction de leur stade de développement cognitif, affectif, social et physique et de leur capacité d'autogestion;
- b) participer à l'élaboration de leur plan de soins;
- c) participer à des réunions pour réviser leur plan de soins;
- d) autogérer quotidiennement ou régulièrement leur affection médicale du mieux qu'ils le peuvent, comme indiqué dans leur plan de soins (p. ex., transporter leurs médicaments et fournitures médicales, appliquer les politiques du conseil scolaire relatives à leur élimination);
- e) se fixer régulièrement des objectifs, de concert avec leurs parents et les professionnels de la santé, relativement à l'autogestion de leur affection médicale;
- f) prévenir leurs parents et le personnel scolaire s'ils éprouvent à l'école des difficultés liées à leur affection médicale;

- g) porter un bracelet médical, si eux-mêmes ou leurs parents le jugent utile;
- h) dans la mesure du possible, informer le personnel scolaire ou leurs camarades de classe si un incident médical ou une urgence médicale survient.

3.3 Personnel scolaire

Le personnel scolaire doit :

- a) prendre connaissance du contenu du plan de soins de chaque élève avec lequel il est en contact direct;
- b) participer au cours de formation sur les affections médicales prédominantes, au moins une fois par année, comme l'exige le conseil scolaire;
- c) partager les renseignements sur les signes et symptômes d'un élève indiqués dans son plan de soins avec d'autres élèves et avec l'autorisation écrite de la direction d'école;
- d) suivre les stratégies du conseil scolaire visant à réduire les risques pour un élève d'être exposé à des déclencheurs ou à des agents étiologiques dans les salles de classe, dans les aires communes de l'école et parascolaires, et conformément au plan de soins de l'élève;
- e) encourager la gestion quotidienne ou régulière et intervenir en cas d'incidents médicaux et d'urgences médicales survenant à l'école (dans les situations où le personnel du conseil scolaire procure déjà un soutien aux élèves souffrant d'une affection médicale prédominante et a déjà reçu une formation adéquate, la présente note n'entend pas prescrire, reproduire ou supprimer ces fonctions ou cette formation);
- f) soutenir l'inclusion en permettant aux élèves souffrant d'affections médicales prédominantes d'accomplir en milieu scolaire (p. ex., dans la salle de classe) les activités quotidiennes ou régulières de gestion, comme l'indique leur plan de soins, tout en tenant compte de la confidentialité et de la dignité de l'élève;
- g) donner la possibilité aux élèves souffrant d'affections médicales prédominantes de participer pleinement à l'école, comme l'indique leur plan de soins.

3.4 Directeur d'école

En plus des responsabilités décrites dans la section sur le personnel scolaire ci-dessus, le directeur d'école doit :

- a) expliquer clairement aux parents et aux membres du personnel concernés le processus à suivre pour prévenir l'école de l'affection médicale de leur enfant et leur dire qu'ils sont censés collaborer à l'élaboration d'un plan de soins, le réviser et le mettre à jour ensemble avec le directeur ou la personne désignée à la direction d'école. Ce processus devrait au moins être communiqué aux parents :
 - i) au moment de l'inscription;
 - ii) chaque année au cours de la première semaine d'école;
 - iii) lorsqu'un enfant reçoit un diagnostic ou revient à l'école après avoir reçu un diagnostic.
- b) collaborer à créer, réviser ou mettre à jour le plan de soins de l'élève souffrant d'affections médicales prédominantes avec les parents, en consultation avec le personnel scolaire (au besoin), et l'élève (au besoin);
- c) tenir un dossier contenant le plan de soins et les documents à l'appui pour chaque élève souffrant d'une affection médicale prédominante;
- d) fournir des renseignements pertinents sur le plan de soins de l'élève au personnel scolaire et aux autres intervenantes et intervenants identifiés dans le plan (p. ex., fournisseurs de services de restauration et de transport, bénévoles, personnel occasionnel qui sera en contact direct avec l'élève) et les informer lorsque des changements sont apportés au plan;
- e) communiquer avec les parents dans des situations d'urgence médicale, comme indiqué dans le plan de soins;
- f) encourager l'identification de personnel pouvant prendre en charge la gestion quotidienne ou régulière des besoins des élèves de l'école souffrant d'affections médicales prédominantes.

3.5 Conseil scolaire

Le conseil scolaire communique chaque année ses politiques visant à aider les élèves souffrant d'affections médicales prédominantes aux parents, au personnel du conseil scolaire et à d'autres personnes de la communauté scolaire qui sont en contact direct avec les élèves (p. ex., fournisseurs de services de restauration et de transport, bénévoles). Cela comprend, au minimum, afficher ses politiques et le modèle de plan de soins du conseil scolaire dans la langue d'enseignement sur son site Web.

Un conseil scolaire doit également :

- a) offrir chaque année des séances de formation et des ressources sur les affections médicales prédominantes;
- b) élaborer des stratégies visant à réduire les risques pour un élève d'être exposé à des déclencheurs ou à des agents étiologiques dans les salles de classe et dans les aires communes de l'école;

- c) définir les attentes concernant le stockage sûr et l'élimination des médicaments et des fournitures médicales dans les écoles, et communiquer ces attentes aux écoles et les appuyer dans la mise en œuvre des attentes;
- d) faire savoir qu'un élève peut avoir avec lui ses médicaments et fournitures médicales pour lui permettre de gérer son affection médicale, comme l'indique son plan de soins;
- e) tenir compte des politiques connexes du conseil scolaire lorsque des contrats avec des fournisseurs de services de transport ou d'alimentation et d'autres fournisseurs de services sont conclus.

4. Plan de soins

Un plan de soins contient des informations personnalisées sur un élève ayant une affection médicale prédominante.

Il devrait au moins y inclure les éléments suivants :

- 4.1 les mesures préventives adoptées par l'école pour réduire les risques d'incidents médicaux et d'exposition à des déclencheurs ou à des agents étiologiques dans les salles de classe et dans les aires communes de l'école;
- 4.2 le nom des membres du personnel scolaire qui auront accès au plan de soins;
- 4.3 les activités quotidiennes ou régulières de gestion qu'accompliront l'élève, les parents, ou le personnel volontaire comme indiqué dans la politique du conseil scolaire, ou bien une personne désignée par les parents;
- 4.4 une photocopie des notes et des instructions du professionnel des soins de santé de l'élève, le cas échéant;
- 4.5 des renseignements sur les mesures d'adaptation (p. ex., espace, accès à des produits alimentaires) dont a besoin l'élève pour accomplir ses activités quotidiennes ou régulières de gestion (lorsque possible, un élève ne devrait pas être exclu de la salle de classe pendant qu'il accomplit ses activités quotidiennes ou régulières de gestion, à moins que lui-même ou ses parents souhaitent qu'il en soit ainsi);
- 4.6 des renseignements sur la manière d'aider l'élève ou de répondre à ses besoins pour qu'il puisse participer pleinement à toutes les activités de l'école et du conseil scolaire (p. ex., les sorties éducatives, les excursions avec nuitée et les manifestations sportives parrainées par le conseil);
- 4.7 l'identification des symptômes (nécessitant une intervention d'urgence et autres), et des mesures d'intervention requises;
- 4.8 les renseignements sur les personnes à contacter en cas d'urgence;

- 4.9 les informations précises sur la politique et les procédures du conseil scolaire dans une situation d'urgence;
- 4.10 les détails sur le stockage et l'élimination des médicaments prescrits et des fournitures médicales de l'élève, tels que :
- a) autorisation des parents pour que l'élève ait ses médicaments et fournitures médicales avec lui;
 - b) emplacement des médicaments et fournitures médicales supplémentaires gardés à l'école, le cas échéant;
 - c) informations sur l'élimination sûre des médicaments et des fournitures médicales.
- 4.11 les exigences concernant la communication entre les parents et la direction d'école (ou la personne désignée à la direction d'école) et, si cela s'avère nécessaire, le personnel scolaire, y compris la forme et la fréquence.
- 4.12 Consentement parental pour partager avec d'autres élèves des informations sur les signes et les symptômes.

Le plan de soins d'un élève souffrant d'une affection médicale prédominante devrait être élaboré, révisé ou mis à jour par les parents en consultation avec le directeur ou la personne désignée à la direction d'école, les membres du personnel scolaire désignés, le cas échéant, et l'élève, au besoin, dans les 30 premiers jours d'école de chaque année scolaire et, si cela s'avère nécessaire, au cours de l'année scolaire (p. ex., lorsqu'un élève vient de recevoir un diagnostic d'affectation médicale prédominante).

Avec l'autorisation des parents, le directeur ou la personne désignée à la direction d'école devrait transmettre les informations contenues dans le plan de soins de l'élève au personnel scolaire qui est en contact direct avec l'élève souffrant d'une affection médicale prédominante et, s'il y a lieu, à d'autres personnes (p. ex., fournisseurs de services d'alimentation et de transport, bénévoles) en contact direct avec l'élève souffrant d'une affection médicale prédominante.

5. Formation

Les politiques du conseil scolaire devraient prévoir des stratégies pour offrir, au minimum chaque année, une formation sur les affections médicales prédominantes au personnel scolaire qui est en contact direct avec des élèves souffrant d'affections médicales. Une attention particulière devrait être accordée aux besoins de formation du personnel occasionnel. La formation devrait avoir lieu, si possible, dans les 30 premiers jours d'école de l'élève pour assurer la sécurité et le bien-être de l'élève et devrait être réexaminée s'il y a lieu.

La formation devrait porter sur les éléments suivants :

- 5.1 les stratégies de prévention des risques d'exposition de l'élève à des déclencheurs ou à des agents étiologiques;

- 5.2 les stratégies pour favoriser l'inclusion et la participation à l'école;
- 5.3 la reconnaissance des symptômes d'un incident médical et d'une urgence médicale;
- 5.4 les mesures de soutien du personnel scolaire, conformément à la politique du conseil scolaire;
- 5.5 les mesures d'intervention en cas d'incident médical et celles d'intervention d'urgence;
- 5.6 les procédures relatives à la documentation.

6. Mesures de sécurité

Lors de l'élaboration des différents plans en cas d'urgence au niveau des écoles, le directeur l'école ou son désigné doit prévoir un processus et les ressources appropriées pour aider les élèves souffrant d'affections médicales prédominantes en cas d'urgence (p. ex., alerte à la bombe, évacuation, incendie, confinement pour sécurité, confinement barricadé) ou d'activités à l'extérieur de l'école (p. ex., excursion scolaire, manifestation sportive). Ce processus devrait aussi tenir compte du personnel occasionnel.

Le directeur général désigne un responsable qui fournira aux écoles des fournitures appropriées pour soutenir l'élimination sûre des médicaments et des fournitures médicales.

7. Protection de la vie privée et de la confidentialité

Les conseils scolaires devraient mettre en place une politique concernant la confidentialité des renseignements médicaux de l'élève en milieu scolaire, y compris les pratiques d'accès, de transmission et de documentation des informations. Les conseils scolaires doivent se conformer à la législation pertinente en matière de protection des renseignements personnels et obtenir le consentement des parents dans le plan individuel de soins avant de partager les renseignements médicaux de l'élève avec le personnel scolaire ou d'autres élèves. Les parents et le personnel scolaire devraient être informés des mesures en place pour protéger la confidentialité des dossiers et des renseignements médicaux des élèves.

8. Responsabilité

En 2001, le gouvernement de l'Ontario a adopté la Loi sur le bon samaritain pour exonérer de toute responsabilité des personnes fournissant bénévolement des services de soins de santé d'urgence ou de premiers soins. En ce qui concerne ces personnes, les paragraphes 2(1) et (2) de cette loi stipule ce qui suit :

2(1) Malgré les règles de common law, la personne mentionnée au paragraphe (2) qui, de façon bénévole et sans espérer raisonnablement de dédommagement ou de récompense, fournit les services visés à ce paragraphe, n'est pas responsable des dommages qui résultent de sa négligence dans les actes qu'elle commet ou qu'elle omet de commettre lorsqu'elle fournit les services visés, à moins qu'il ne soit établi que les dommages ont été causés à la suite d'une négligence grave de la personne.

(2) Le paragraphe (1) s'applique aux personnes suivantes :
...(b) la personne physique ... qui fournit une aide en matière de premiers soins en cas d'urgence à une personne malade, blessée ou sans connaissance à la suite d'un accident ou d'une autre situation d'urgence, si elle fournit cette aide sur les lieux immédiats de l'accident ou de la situation d'urgence.

Par ailleurs, la *Loi Sabrina* et la *Loi Ryan* comptent des dispositions limitant la responsabilité des personnes qui interviennent dans une situation d'urgence concernant respectivement l'anaphylaxie ou l'asthme, telles que décrites ci-dessous :

Le paragraphe 3(4) de la *Loi Sabrina* stipule :

Sont irrecevables les actions en dommages-intérêts introduites pour un acte accompli de bonne foi ou pour une négligence ou un manquement commis de bonne foi dans le but de contrer une réaction anaphylactique conformément à la présente loi, à moins que les dommages ne résultent d'une faute lourde d'un employé.

Le paragraphe 4(4) de la *Loi Ryan* stipule :

Sont irrecevables les actions ou autres instances en dommages-intérêts introduites contre un employé pour un acte ou une omission qu'il a commis de bonne foi dans l'exercice effectif ou censé tel des pouvoirs ou fonctions que lui attribue la présente loi.

Dans ce document, ainsi que dans toutes les politiques du Conseil, un genre inclut l'autre, tout comme le singulier englobe le pluriel lorsque le contexte l'exige.

Renvoi : P – 7.055 - Affections médicales prédominantes

AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE – ANAPHYLAXIE
Plan de soins (exemple)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom _____ Date de naissance _____

N° d'élève _____ Âge _____

Année _____ Enseignant(s) _____

Photo
(facultative)

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (EN ORDRE DE PRIORITÉ)

NOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉLÉPHONE (JOUR)	TÉLÉPHONE (AUTRE)
1.			
2.			
3.			

ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS CONNUS D'UN DANGER DE MORT

COCHEZ (✓) LES ÉLÉMENTS QUI S'APPLIQUENT

Aliment(s) _____ Piqûres d'insectes _____

Autres _____

Auto-injecteur(s) d'épinéphrine Dose EpiPen® Jr. 0,15 mg EpiPen® 0,30 mg

Date(s) d'expiration _____

Emplacement(s) _____

L'élève a déjà eu une réaction anaphylactique. **Il court un plus grand risque.**

L'élève fait de l'asthme. **Il court un plus grand risque.** S'il a une réaction anaphylactique et qu'il a de la difficulté à respirer, donnez-lui l'épinéphrine avant le médicament pour l'asthme.

Autres affections médicales ou allergies _____

GESTION QUOTIDIENNE DE L'ANAPHYLAXIE

SYMPTÔMES

UN ÉLÈVE AYANT UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE PEUT PRÉSENTER
N'IMPORTE LEQUEL DES SIGNES ET DES SYMPTÔMES SUIVANTS :

- **Système cutané (peau)** : urticaire, enflure (visage, lèvres, langue), démangeaison, peau chaude ou rouge
- **Système respiratoire** : toux, respiration bruyante, souffle court, oppression ou douleur à la poitrine, gorge serrée, voix enrouée, congestion nasale ou symptômes comme ceux de la fièvre des foins (nez ou yeux qui coulent ou qui piquent, éternuements), difficulté à avaler
- **Système gastro-intestinal** : nausée, vomissement, diarrhée, douleurs ou crampes abdominales
- **Système cardiovasculaire** : peau plus pâle qu'à l'habitude, cyanose (peau bleue), pouls faible, évanouissement, étourdissement ou faiblesse, état de choc
- **Autres** : anxiété, sentiment que quelque chose de mauvais est sur le point de se produire, mal de tête, crampes utérines, goût métallique

UNE RECONNAISSANCE RAPIDE DES SYMPTÔMES ET UN TRAITEMENT IMMÉDIAT PEUVENT SAUVER LA VIE D'UNE PERSONNE.

Éviter un allergène est le principal moyen de prévenir une réaction allergique.

Allergènes alimentaires : Manger même une petite quantité d'un aliment particulier peut causer une grave réaction allergique.

Aliment(s) à éviter _____

Mesures de sécurité _____

Piqûres d'insectes : Le risque est plus élevé dans les mois où la température est plus élevée. Évitez les endroits où les insectes font leurs nids ou se rassemblent. Détruisez ou enlevez les nids, couvrez ou déplacez les poubelles, et conservez la nourriture à l'intérieur.

Zone désignée pour manger à l'intérieur de l'école _____

Mesures de sécurité _____

Autres renseignements _____

**PROCÉDURES D'URGENCE
EN CAS DE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE**

AGISSEZ RAPIDEMENT. LES PREMIERS SIGNES D'UNE RÉACTION PEUVENT SEMBLER BÉNINS, MAIS LES SYMPTÔMES PEUVENT S'AGGRAVER EN PEU DE TEMPS.

MESURES À PRENDRE

1. Au premier signe d'une réaction anaphylactique soupçonnée ou confirmée, administrez l'épinéphrine au moyen de l'auto-injecteur EpiPen®.
2. Appelez le 9-1-1 ou les services locaux répondant aux urgences médicales. Signalez qu'une personne a une réaction allergique qui la met en danger de mort.
3. Donnez une deuxième dose d'épinéphrine dès 5 minutes après la première dose si les symptômes ne diminuent pas.
4. Rendez-vous immédiatement à l'hôpital le plus proche (idéalement en ambulance), même si les symptômes semblent bénins ou ont pris fin. La réaction pourrait s'aggraver ou revenir, même après avoir été traitée. Demeurez à l'hôpital pour la durée d'observation appropriée, suivant la décision de l'urgentologue (habituellement de 4 à 6 heures).
5. Appelez les personnes à contacter en cas d'urgence (parent(s), tuteur(s) ou autres personnes désignées).

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ (FACULTATIFS)

Il peut s'agir des personnes suivantes : médecin, personnel infirmier praticien, personnel infirmier autorisé, pharmacienne ou pharmacien, thérapeute respiratoire, éducateur certifié dans le domaine respiratoire, éducateur certifié dans le domaine de l'asthme.

Nom _____

Profession ou rôle _____

Signature _____ Date _____

Instructions spéciales, notes ou étiquettes de médicaments sur ordonnance :

Si un médicament est prescrit, veuillez indiquer la dose, la fréquence et la méthode d'administration, la période à laquelle s'applique l'autorisation de l'administrer et les effets secondaires possibles.

* Ces renseignements peuvent demeurer au dossier tant que l'état de santé de l'élève ne change pas.

AUTORISATION ET RÉVISION DU PLAN

PERSONNES À QUI CE PLAN DE SOINS DOIT ÊTRE COMMUNIQUÉ

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Autres partenaires à contacter au sujet de ce plan :

Programme avant l'école Oui Non _____

Programme après l'école Oui Non _____

Conducteur d'autobus scolaire (n° du trajet) _____

Autres _____

Ce plan restera en vigueur pour l'année scolaire 20____-20____ sans être modifié.

Il sera révisé au plus tard le _____.

Il appartient au/aux parent(s) ou tuteur(s) d'aviser la direction de l'école s'il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l'année scolaire.

Parent(s) ou tuteur(s) _____ Date _____
Signature

Élève _____ Date _____
Signature

Direction _____ Date _____
Signature

AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE – ASTHME
Plan de soins (exemple)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom _____	Date de naissance _____	Photo (facultative)
N° d'élève _____	Âge _____	
Année _____	Enseignant(s) _____	

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (EN ORDRE DE PRIORITÉ)

NOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉLÉPHONE (JOUR)	TÉLÉPHONE (AUTRE)
1.			
2.			
3.			

ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS CONNUS D'UNE CRISE D'ASTHME

COCHEZ (✓) TOUS LES ÉLÉMENTS QUI S'APPLIQUENT

<input type="checkbox"/> Rhume, grippe, maladie	<input type="checkbox"/> Changement de température	<input type="checkbox"/> Température froide
<input type="checkbox"/> Moisissure	<input type="checkbox"/> Poussière	<input type="checkbox"/> Poils et squames d'animaux
<input type="checkbox"/> Activité ou exercice physique	<input type="checkbox"/> Odeurs fortes	<input type="checkbox"/> Pollen
<input type="checkbox"/> Fumée (p. ex., d'un feu, de tabac, de cannabis, fumée secondaire)		
<input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____		
<input type="checkbox"/> Risque d'anaphylaxie (précisez l'allergène) _____		
Instructions pour éviter de déclencher une crise _____		
Autres affections médicales ou allergies _____		

GESTION QUOTIDIENNE DE L'ASTHME

UTILISATION D'UN INHALATEUR DE SECOURS À L'ÉCOLE ET DURANT LES ACTIVITÉS SCOLAIRES

Un inhalateur de secours est un médicament à action rapide (habituellement de couleur bleue) qui sert lorsqu'une personne a des symptômes d'asthme. L'inhalateur de secours devrait être utilisé :

- Quand l'élève présente des symptômes d'asthme (difficulté à respirer, toux, respiration bruyante)
- Dans d'autres circonstances (précisez) _____

Utilisez l'inhalateur de secours _____ à la dose de _____ bouffées.
(nom du médicament)

Est-ce qu'un espaceur (chambre de retenue) est fourni avec l'inhalateur? Oui Non

Veuillez cocher (✓) le type d'inhalateur que l'élève utilise.

- Airomir Ventolin Bricanyl Autre (précisez) _____

- L'élève a besoin d'aide pour **accéder** à l'inhalateur. L'inhalateur doit être disponible et utilisable facilement

L'inhalateur est conservé :

- Par _____ Endroit _____ Autre endroit _____
- Dans le casier n° _____ Combinaison du casier _____

- L'élève **portera** son inhalateur **en tout temps**, y compris durant les récréations, les cours d'éducation physique, les activités extérieures et celles ne se déroulant pas à l'école.

L'élève tiendra son inhalateur :

- Dans ses poches Dans son sac à dos ou son sac banane
- Dans un étui ou un sac Ailleurs (précisez) _____

L'élève a-t-il besoin d'aide pour **utiliser** son inhalateur? Oui Non

- L'élève a un **inhalateur de réserve** qui est conservé :

- Au bureau (précisez l'endroit) _____ Autre endroit _____
- Dans le casier n° _____ Combinaison du casier _____

UTILISATION DE MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE À L'ÉCOLE ET DURANT LES ACTIVITÉS SCOLAIRES

D'autres médicaments sont pris régulièrement chaque jour pour contrôler l'asthme. Habituellement, l'élève les prend le matin et le soir, et non pendant qu'il est à l'école (sauf s'il participe à une activité incluant une nuit).

Prendre ou administrer _____ Dose _____ Heure(s) _____
(nom du médicament)

Prendre ou administrer _____ Dose _____ Heure(s) _____
(nom du médicament)

Prendre ou administrer _____ Dose _____ Heure(s) _____
(nom du médicament)

PROCÉDURES D'URGENCE

SI VOUS OBSERVEZ UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :

- Toux continue
 - Difficulté à respirer
 - Oppression thoracique (serrement de poitrine)
 - Respiration bruyante (sifflement dans la poitrine)
- (L'élève peut également être agité, irritable ou tranquille.)

FAITES CE QUI SUIT :

ÉTAPE 1 : Utilisez immédiatement l'inhalateur de secours à action rapide (habituellement de couleur bleue). Utilisez un espaceur s'il a été fourni.

ÉTAPE 2 : Vérifiez les symptômes. L'élève ne peut reprendre les activités normales qu'une fois tous les symptômes disparus.

Si les symptômes s'aggravent ou ne diminuent pas dans les 10 minutes qui suivent, **IL S'AGIT D'UNE SITUATION D'URGENCE!** Prenez alors les mesures indiquées ci-dessous.

SI VOUS OBSERVEZ UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS :

- La respiration de l'élève est difficile et rapide.
 - L'élève ne peut pas s'exprimer en phrases complètes.
 - Ses lèvres ou les lits de ses ongles sont bleus ou gris.
 - Sa peau, son cou ou sa poitrine sont aspirés à chaque respiration.
- (L'élève peut également être agité, irritable ou tranquille.)

IL S'AGIT D'UNE SITUATION D'URGENCE! FAITES CE QUI SUIT :

ÉTAPE 1 : **UTILISEZ IMMÉDIATEMENT L'INHALATEUR DE SECOURS À ACTION RAPIDE (HABITUELLEMENT DE COULEUR BLEUE). UTILISEZ UN ESPACEUR S'IL A ÉTÉ FOURNI.**

Appelez le 9-1-1 pour faire venir une ambulance. Suivez le protocole de communication avec le 9-1-1 avec les intervenants d'urgence.

ÉTAPE 2 : Si les symptômes se poursuivent, utilisez l'inhalateur de secours toutes les 5 ou 10 minutes jusqu'à l'arrivée de l'aide médicale.

En attendant l'arrivée de l'aide médicale :

- ✓ Faites asseoir l'élève avec les bras étendus sur une table. Ne le faites pas s'étendre, sauf en cas de réaction anaphylactique.
- ✓ Ne le faites pas souffler dans un sac.
- ✓ Gardez votre calme, rassurez l'élève et restez à ses côtés.
- ✓ Avisez les personnes à contacter en cas d'urgence (parent(s), tuteur(s) ou autres personnes désignées).

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ (FACULTATIFS)

Il peut s'agir des personnes suivantes : médecin, personnel infirmier praticien, personnel infirmier autorisé, pharmacienne ou pharmacien, thérapeute respiratoire, éducateur certifié dans le domaine respiratoire, éducateur certifié dans le domaine de l'asthme.

Nom _____

Profession ou rôle _____

Signature _____ Date _____

Instructions spéciales, notes ou étiquettes de médicaments sur ordonnance :

Si un médicament est prescrit, veuillez indiquer la dose, la fréquence et la méthode d'administration, la période à laquelle s'applique l'autorisation de l'administrer et les effets secondaires possibles.

* Ces renseignements peuvent demeurer au dossier tant que l'état de santé de l'élève ne change pas.

AUTORISATION ET RÉVISION DU PLAN

PERSONNES À QUI CE PLAN DE SOINS DOIT ÊTRE COMMUNIQUÉ

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Autres partenaires à contacter au sujet de ce plan :

Programme avant l'école Oui Non _____

Programme après l'école Oui Non _____

Conducteur d'autobus scolaire (n° du trajet) _____

Autres _____

Ce plan restera en vigueur pour l'année scolaire 20__-20__ sans être modifié.

Il sera révisé au plus tard le _____.

Il appartient au/aux parent(s) ou tuteur(s) d'aviser la direction de l'école s'il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l'année scolaire.

Parent(s) ou tuteur(s) _____ Date _____

Signature

Élève _____ Date _____

Signature

Direction _____ Date _____

Signature

AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE – DIABÈTE DE TYPE 1
Plan de soins (exemple)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom _____	Date de naissance _____	Photo (facultative)
N° d'élève _____	Âge _____	
Année _____	Enseignant(s) _____	

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (EN ORDRE DE PRIORITÉ)

NOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉLÉPHONE (JOUR)	TÉLÉPHONE (AUTRE)
1.			
2.			
3.			

SOUTIEN POUR LE DIABÈTE DE TYPE 1

Nom des personnes formées qui fourniront du soutien concernant les tâches liées à la gestion du diabète (p. ex., membres désignés du personnel ou alliés en soins communautaires)

Méthode de communication entre le foyer et l'école _____

Autres affections médicales ou allergies _____

GESTION QUOTIDIENNE DU DIABÈTE DE TYPE 1

L'élève est capable de gérer son diabète de façon indépendante et n'a besoin d'aucune aide particulière de l'école.

Oui

Non

Si *oui*, allez directement à la page 5, Procédures d'urgence.

ROUTINE	MESURES
<p>SURVEILLANCE DE LA GLYCÉMIE</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève a besoin d'une personne formée pour vérifier sa glycémie et lire le résultat.</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève a besoin de surveillance pour vérifier sa glycémie et lire le résultat.</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève peut vérifier sa glycémie et lire le résultat de manière indépendante.</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève a un glucomètre continu.</p> <p>* L'élève devrait pouvoir vérifier sa glycémie en tout temps et en tout lieu, et il faut respecter son désir de s'isoler pour le faire.</p>	<p>Intervalle de valeurs cibles de la glycémie _____ – _____ mmol/L</p> <p>Heure(s) de vérification de la glycémie _____</p> <p>Communiquez avec le(s) parent(s) ou tuteur(s) si la glycémie est de _____ mmol/L</p> <p>Responsabilités du/des parent(s) ou tuteur(s) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Responsabilités de l'école _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Responsabilités de l'élève _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>REPAS</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève a besoin de surveillance à l'heure des repas pour veiller à ce qu'il termine ses repas.</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève peut gérer sa consommation de nourriture de manière indépendante.</p> <p>* Il faut prendre des mesures d'adaptation raisonnables pour permettre à l'élève de prendre tous les repas et toutes les collations qui lui sont fournies à des heures déterminées. L'élève ne devrait pas partager ni échanger sa nourriture ou ses collations avec d'autres élèves.</p>	<p>Heures recommandées pour les repas et les collations _____</p> <p>Responsabilités du/des parent(s) ou tuteur(s) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Responsabilités de l'école _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Responsabilités de l'élève _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Instructions pour les jours de repas et les activités spéciales _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

ROUTINE	MESURES (suite)
<p>INSULINE</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève ne prend pas d'insuline à l'école.</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève prend de l'insuline à l'école par :</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Injection</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pompe</p> <p><input type="checkbox"/> L'insuline est administrée par :</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> L'élève</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> L'élève, sous surveillance</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Le(s) parent(s) ou tuteur(s)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Une personne formée</p> <p>* Tous les élèves ayant du diabète de type 1 prennent de l'insuline. Certains élèves ont besoin de le faire pendant la journée scolaire, habituellement avant les repas et les collations.</p>	<p>Lieu où se trouve l'insuline _____</p> <p>Heures d'administration de l'insuline</p> <p><input type="checkbox"/> Avant l'école <input type="checkbox"/> À la pause du matin</p> <p><input type="checkbox"/> À l'heure du dîner <input type="checkbox"/> À la pause de l'après-midi</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____</p> <p>Responsabilités du/des parent(s) ou tuteur(s) _____</p> <p>_____</p> <p>Responsabilités de l'école _____</p> <p>_____</p> <p>Responsabilités de l'élève _____</p> <p>_____</p> <p>Autres commentaires _____</p> <p>_____</p>
<p>ACTIVITÉ PHYSIQUE</p> <p>L'activité physique entraîne une baisse de la glycémie. On vérifie souvent la glycémie avant une activité physique. L'élève pourrait avoir à prendre une collation contenant des glucides avant ou après une activité physique.</p> <p>L'élève doit toujours avoir à portée de la main une source de sucre à action rapide.</p>	<p>Indiquez ce que l'élève doit faire pour aider à prévenir une hypoglycémie causée par l'activité physique :</p> <p>1. Avant l'activité _____</p> <p>2. Pendant l'activité _____</p> <p>3. Après l'activité _____</p> <p>Responsabilités du/des parent(s) ou tuteur(s) _____</p> <p>_____</p> <p>Responsabilités de l'école _____</p> <p>_____</p> <p>Responsabilités de l'élève _____</p> <p>_____</p> <p>Pour des activités spéciales (p. ex., activités parascolaires, course Terry Fox), avisez le(s) parent(s) ou tuteur(s) à l'avance afin de prendre les ajustements ou les arrangements nécessaires.</p>

ROUTINE	MESURES (suite)
<p>TROUSSE DE GESTION DU DIABÈTE</p> <p>Le(s) parent(s) ou tuteur(s) doit/doivent fournir les appareils nécessaires, en assurer l'entretien et renouveler les stocks de fournitures.</p> <p>L'école doit veiller à ce que la trousse soit accessible en tout temps, y compris pendant les sorties scolaires, les exercices d'incendie et les confinements barricadés (« lockdowns »). Elle doit prévenir les parents lorsque les stocks de fournitures diminuent.</p>	<p>Les troussees seront disponibles dans différents endroits et comprendront:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Glucomètre, bandelettes de tests et lancettes <input type="checkbox"/> Insuline, stylo injecteur et fournitures connexes <input type="checkbox"/> Source de sucre à action rapide (p. ex., jus, bonbons, comprimés de glucose) <input type="checkbox"/> Collations contenant des glucides <input type="checkbox"/> Autres (précisez) _____ <p>_____</p> <p>Lieu où se trouve la trousse</p> <p>_____</p>
<p>BESOINS PARTICULIERS</p> <p>Un élève ayant des besoins particuliers pourrait nécessiter une aide plus importante que celle prévue dans ce plan.</p>	<p>Commentaires</p>

PROCÉDURES D'URGENCE

HYPOGLYCÉMIE – FAIBLE TAUX DE GLUCOSE DANS LE SANG (4 mmol/L ou moins)

NE LAISSEZ PAS L'ÉLÈVE SANS SURVEILLANCE.

Chez mon enfant, les symptômes habituels d'hypoglycémie sont les suivants :

- | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vacillement | <input type="checkbox"/> Faiblesse, fatigue | <input type="checkbox"/> Irritabilité, mauvaise humeur | <input type="checkbox"/> Vertige |
| <input type="checkbox"/> Vision brouillée | <input type="checkbox"/> Mal de tête | <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Faim |
| <input type="checkbox"/> Pâleur | <input type="checkbox"/> Confusion | <input type="checkbox"/> Autres _____ | |

Mesures à prendre en cas d'hypoglycémie légère (l'élève réagit quand on lui parle) :

1. Vérifiez la glycémie et donnez à l'élève _____ grammes de glucides à action rapide (p. ex., ½ tasse de jus, 15 Skittles)
2. Vérifiez à nouveau la glycémie 15 minutes plus tard.
3. Si la glycémie est toujours de 4 mmol/L ou moins, répétez les mesures 1 et 2 jusqu'à ce qu'elle dépasse 4 mmol/L. Donnez à l'élève une collation riche en féculents si le prochain repas ou la prochaine collation aura lieu dans plus d'une heure.

Mesures à prendre en cas d'hypoglycémie sévère (l'élève ne réagit pas quand on lui parle) :

1. Placez l'élève sur le côté, dans la position de récupération.
2. Appelez le 9-1-1. Ne donnez aucune nourriture ou boisson à l'élève, car il risquerait de s'étouffer. Surveiller l'élève jusqu'à l'arrivée des services médicaux d'urgence.
3. Appelez les personnes à contacter en cas d'urgence (parent(s), tuteur(s) ou autres personnes désignées).

HYPERGLYCÉMIE – TAUX ÉLEVÉ DE GLOCOSE DANS LE SANG (14 mmol/L ou plus)

Chez mon enfant, les symptômes habituels d'hyperglycémie sont les suivants :

- | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Soif extrême | <input type="checkbox"/> Faim | <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> Mal de tête |
| <input type="checkbox"/> Fréquent besoin d'uriner | <input type="checkbox"/> Vision brouillée | <input type="checkbox"/> Irritabilité | |
| <input type="checkbox"/> Peau chaude et rouge | <input type="checkbox"/> Autres _____ | | |

Mesures à prendre en cas d'hyperglycémie légère :

1. Autorisez l'élève à aller aux toilettes à son gré.
2. Encouragez l'élève à ne boire que de l'eau.
3. Appelez le(s) parent(s) ou tuteur(s) si la glycémie dépasse _____ mmol/L.

Symptômes d'hyperglycémie sévère :

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Respiration rapide et superficielle | <input type="checkbox"/> Vomissement | <input type="checkbox"/> Haleine à l'odeur fruitée |
|--|--------------------------------------|--|

Mesures à prendre en cas d'hyperglycémie sévère :

1. Si possible, confirmez qu'il s'agit d'hyperglycémie en vérifiant la glycémie de l'élève.
2. Appelez immédiatement les personnes à contacter en cas d'urgence (parents, tuteurs ou autres personnes désignées).

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ (FACULTATIFS)

Il peut s'agir des personnes suivantes : médecin, personnel infirmier praticien, personnel infirmier autorisé, pharmacienne ou pharmacien, thérapeute respiratoire, éducateur certifié dans le domaine respiratoire, éducateur certifié dans le domaine de l'asthme.

Nom _____

Profession ou rôle _____

Signature _____ Date _____

Instructions spéciales, notes ou étiquettes de médicaments sur ordonnance :

Si un médicament est prescrit, veuillez indiquer la dose, la fréquence et la méthode d'administration, la période à laquelle s'applique l'autorisation de l'administrer et les effets secondaires possibles.

* Ces renseignements peuvent demeurer au dossier tant que l'état de santé de l'élève ne change pas.

AUTORISATION ET RÉVISION DU PLAN

PERSONNES À QUI CE PLAN DE SOINS DOIT ÊTRE COMMUNIQUÉ

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Autres partenaires à contacter au sujet de ce plan :

Programme avant l'école Oui Non _____

Programme après l'école Oui Non _____

Conducteur d'autobus scolaire (n° du trajet) _____

Autres _____

Ce plan restera en vigueur pour l'année scolaire 20____-20____ sans être modifié.

Il sera révisé au plus tard le _____.

Il appartient au/aux parent(s) ou tuteur(s) d'aviser la direction de l'école s'il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l'année scolaire.

Parent(s) ou tuteur(s) _____ Date _____

Signature

Élève _____ Date _____

Signature

Direction _____ Date _____

Signature

AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE – ÉPILEPSIE
Plan de soins (exemple)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE

Nom _____	Date de naissance _____	Photo (facultative)
N° d'élève _____	Âge _____	
Année _____	Enseignant(s) _____	

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (EN ORDRE DE PRIORITÉ)

NOM	LIEN DE PARENTÉ	TÉLÉPHONE (JOUR)	TÉLÉPHONE (AUTRE)
1.			
2.			
3.			

Est-ce qu'un médicament de secours a été prescrit à l'élève? Oui Non

Si *oui*, joignez le plan de secours, les directives du fournisseur de soins de santé et l'autorisation du/des parent(s) ou tuteur(s) de l'élève afin qu'une personne formée administre le médicament.

Remarque : La formation requise pour administrer le médicament de secours ainsi que la voie d'administration (p. ex., buccale ou intranasale) doivent être déterminées en collaboration avec un professionnel de la santé réglementé.

ÉLÉMENTS DÉCLENCHEURS CONNUS D'UNE CRISE

COCHEZ (✓) TOUS LES ÉLÉMENTS QUI S'APPLIQUENT.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Cycle menstruel | <input type="checkbox"/> Inactivité |
| <input type="checkbox"/> Changement d'alimentation | <input type="checkbox"/> Manque de sommeil | <input type="checkbox"/> Stimulation électronique (télévision, écrans vidéo, fluorescents) |
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Équilibre inapproprié de médicaments | |
| <input type="checkbox"/> Changement de température | <input type="checkbox"/> Autres _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autres affections médicales ou allergies _____ | | |

GESTION QUOTIDIENNE DE L'ÉPILEPSIE	
DESCRIPTION DE LA CRISE (NON CONVULSIVE)	MESURES
	(p. ex., description de la thérapie alimentaire, risques à réduire, évitement des éléments déclencheurs)
DESCRIPTION DE LA CRISE (CONVULSIVE)	MESURES
GESTION DES CRISES	
Remarque : Un élève peut avoir plus d'un type de crise. Fournissez des renseignements pour chaque type.	
TYPE DE CRISE	MESURES À PRENDRE PENDANT LA CRISE
(p. ex., tonico-clonique, absence, partielle simple, partielle complexe, atonique, myoclonique, contractions infantiles) Type : Description :	
Fréquence des crises :	
Durée habituelle des crises :	

PREMIERS SOINS DE BASE : SOINS ET CONFORT

Procédures de premiers soins : _____

L'élève a-t-il besoin de quitter la classe après une crise? Oui Non

Si *oui*, décrivez le processus pour ramener l'élève en classe : _____

PREMIERS SOINS DE BASE EN CAS DE CRISE :

- Restez calme et tenez compte de l'heure et de la durée de la crise.
- Gardez l'élève en sécurité.
- Ne limitez pas les mouvements de l'élève et n'y faites pas obstacle.
- Ne mettez rien dans la bouche de l'élève.
- Restez avec l'élève jusqu'à ce qu'il soit entièrement conscient.

EN CAS DE CRISE TONICO-CLONIQUE :

- Protégez la tête de l'élève.
- Gardez les voies respiratoires de l'élève ouvertes et surveillez sa respiration.
- Tournez l'élève sur le côté.

PROCÉDURES D'URGENCE

Les élèves épileptiques auront généralement des crises en raison de leur affection médicale.

Appelez le 9-1-1 dans les situations suivantes :

- Une crise convulsive (tonico-clonique) dure plus de 5 minutes.
- L'élève a des crises répétées sans reprendre conscience.
- L'élève est blessé ou souffre de diabète.
- L'élève a une crise pour la première fois.
- L'élève a de la difficulté à respirer.
- L'élève a une crise dans l'eau.
- ★ Appelez les personnes à contacter en cas d'urgence (parent(s), tuteur(s) ou autres personnes désignées).

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ (FACULTATIFS)

Il peut s'agir des personnes suivantes : médecin, personnel infirmier praticien, personnel infirmier autorisé, pharmacienne ou pharmacien, thérapeute respiratoire, éducateur certifié dans le domaine respiratoire, éducateur certifié dans le domaine de l'asthme.

Nom _____

Profession ou rôle _____

Signature _____ Date _____

Instructions spéciales, notes ou étiquettes de médicaments sur ordonnance :

Si un médicament est prescrit, veuillez indiquer la dose, la fréquence et la méthode d'administration, la période à laquelle s'applique l'autorisation de l'administrer et les effets secondaires possibles.

* Ces renseignements peuvent demeurer au dossier tant que l'état de santé de l'élève ne change pas.

AUTORISATION ET RÉVISION DU PLAN

PERSONNES À QUI CE PLAN DE SOINS DOIT ÊTRE COMMUNIQUÉ

1. _____ 2. _____ 3. _____

4. _____ 5. _____ 6. _____

Autres personnes à contacter au sujet de ce plan :

Programme avant l'école Oui Non _____

Programme après l'école Oui Non _____

Conducteur d'autobus scolaire (n° du trajet) _____

Autres _____

Ce plan restera en vigueur pour l'année scolaire 20____-20____ sans être modifié.

Il sera révisé au plus tard le _____.

Il appartient au/aux parent(s) ou tuteur(s) d'aviser la direction de l'école s'il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l'année scolaire.

Parent(s) ou tuteur(s) _____ Date _____
Signature

Élève _____ Date _____
Signature

Direction _____ Date _____
Signature