



Établissement d'un protocole en cas d'allergies sévères présentant un danger de mort

REMARQUE : Veuillez soumettre le document original signé au directeur de l'école de votre enfant en temps opportun. Assurez-vous d'avertir le directeur en cas de changement ou d'expiration de l'ordonnance. Cette autorisation prendra fin le 30 juin de chaque année scolaire. Cette autorisation peut être annulée dès la réception d'un avis écrit par le directeur.

Nom de l'école : _____ Date : _____

Nom du directeur : _____

Nom de l'élève : _____

Cette section doit être remplie par l'allergologue ou le médecin

ALLERGÈNES (provoquant une réaction potentiellement mortelle) : _____

SYMPTÔMES

Une réaction anaphylactique peut commencer au bout de quelques secondes d'exposition ou après plusieurs heures. Toute combinaison des symptômes suivants peut indiquer l'apparition d'une réaction. Veuillez indiquer les symptômes à surveiller :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Urticaire | <input type="checkbox"/> Vomissements | <input type="checkbox"/> Serrement ou fermeture de la gorge |
| <input type="checkbox"/> Démangeaison (sur toute partie du corps) | <input type="checkbox"/> Diarrhée | <input type="checkbox"/> Difficulté à avaler |
| <input type="checkbox"/> Gonflement (de toute partie du corps, en particulier les yeux, les lèvres, le visage et la langue) | <input type="checkbox"/> Crampes abdominales | <input type="checkbox"/> Difficulté à respirer |
| <input type="checkbox"/> Yeux rouges et larmoyants | <input type="checkbox"/> Changement dans la voix | <input type="checkbox"/> Sentiment d'une catastrophe imminente |
| <input type="checkbox"/> Écoulement nasal | <input type="checkbox"/> Toux (pourrait ressembler à un éclaircissement de la gorge) | <input type="checkbox"/> Étourdissements |
| | <input type="checkbox"/> Respiration sifflante | <input type="checkbox"/> Évanouissement ou perte de conscience |
| | | <input type="checkbox"/> Changement de couleur |
| | | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

GRAVITÉ D'UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE :

- Goûte ou ingère une substance allergène : _____
- Contact cutané avec la substance allergène : _____
- Respire une substance allergène : _____
- Autre : _____

Autres directives : _____

Nom de l'allergologue ou du médecin : _____ Téléphone : _____

Signature de l'allergologue ou du médecin : _____ Date : _____

PLAN D'ACTION GÉNÉRAL POUR L'ADMINISTRATION DE L'AUTOINJECTEUR

Administrez les médicaments et appelez une ambulance même si les parents ou les tuteurs ne peuvent être joints s'il y a LE MOINDRE soupçon que l'élève ait pu être exposé à ses allergies potentiellement mortelles ou qu'il présente l'un des symptômes ci-dessus :

- **Trouver :**

- Autoinjecteur de l'élève (EpiPen® ou Allerject™) : _____

(Il est fortement recommandé que chaque élève ait avec lui un appareil EpiPen® ou Allerject™ en tout temps, et que des appareils de secours soient conservés dans le bureau ou dans un endroit accessible.)

- Lieu d'entreposage : _____
- Demandez à un élève d'aller récupérer rapidement un autoinjecteur (si l'élève ne l'a PAS sur lui).

- **Administrer le médicament**

- Utilisez l'autoinjecteur IMMÉDIATEMENT.
- Surveillez l'élève jusqu'à ce que l'ambulance arrive.
- L'élève doit être transporté immédiatement à l'hôpital avec des autoinjecteurs supplémentaires à administrer 10 à 15 minutes après environ, si nécessaire.
- N'envoyez pas l'enfant dans le bureau.

- **Communiquer**

- Appelez l'ambulance.
- Envoyez rapidement un élève avertir immédiatement le directeur ou le suppléant pour appeler le numéro d'urgence 112.
- Appelez les parents ou les tuteurs :

Nom du parent ou du tuteur : _____

Coordonnées du parent ou du tuteur : _____

OU

Nom du parent ou du tuteur : _____

Coordonnées du parent ou du tuteur : _____

OU

Nom de la personne à joindre en cas d'urgence : _____

Numéro(s) à composer en cas d'urgence : _____

AVERTISSEMENT :

- Les symptômes ne se manifestent pas toujours dans le même ordre ou à la même intensité, même chez les mêmes personnes.
- Le délai entre l'apparition des premiers symptômes et la mort peut être de seulement quelques minutes si la réaction n'est pas traitée.
- Même lorsque les symptômes se sont atténués après le traitement initial, ils peuvent revenir jusqu'à huit heures après l'exposition.

RESPONSABILITÉ DU PARENT OU DU TUTEUR :

Il incombe au parent ou au tuteur :

- d'informer le directeur des besoins médicaux d'un élève si des médicaments seront nécessaires pendant les heures de classe;
- de demander l'aide de l'école et de discuter des procédures qui pourraient être nécessaires;
- de veiller à ce que l'école dispose de contacts téléphoniques précis et à jour;
- de soumettre au directeur de l'école tous les documents requis, tels que l'utilisation d'un auto injecteur en cas d'urgence et l'enregistrement d'un protocole en cas d'allergie sévère pouvant entraîner un danger de mort.

Remarque : Aucun médicament ne doit être laissé à l'école sans autorisation.

AUTORISATION DU PARENT OU DU TUTEUR CONCERNANT LE CONSENTEMENT DE DIVULGATION

Je consens à ce que le personnel de l'école utilise et partage les renseignements fournis dans ce formulaire pour assurer l'éducation, la santé et la sécurité de mon enfant ou la mienne. Cela peut comprendre :

- l'information pertinente qu'il contient sera partagée avec les surveillants durant l'heure du dîner ou d'autres bénévoles.
- l'affichage d'une photographie de l'élève (physique ou électronique) à l'école afin que tout le personnel, les bénévoles et les visiteurs soient au courant de l'état de santé de l'élève.
- toute autre circonstance nécessaire pour assurer la santé et la sécurité de votre enfant.

Signature du parent ou du tuteur

(si l'élève à moins de 18 ans)

Date

AUTORISATION DU PARENT OU DU TUTEUR CONCERNANT LE CONSENTEMENT DE TRANSFERT À L'HÔPITAL

Je consens à ce que mon enfant soit transporté à l'hôpital si le personnel de l'école le juge nécessaire et, s'il le faut, un membre du personnel peut également accompagner mon enfant pendant le transport. Remarque : Le directeur décidera si une ambulance doit être appelée.

Signature du parent ou du tuteur

(si l'élève à moins de 18 ans)

Date

Les renseignements personnels figurant sur ce formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'éducation* et ne serviront qu'à enregistrer l'autorisation parentale pour l'auto administration par l'élève du médicament en question. L'accès à ces renseignements sera limité à ceux qui en ont besoin pour des raisons administratives, à l'élève auquel les renseignements se rapportent et aux parents ou tuteurs d'un élève âgé de moins de 18 ans. Si vous souhaitez consulter ces renseignements ou si vous avez des questions concernant leur collecte, veuillez communiquer avec le directeur de l'école.

L'information recueillie sera protégée contre le vol, la perte, la consultation ou la communication inappropriée.

CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE REMPLI EN TEMPS OPPORTUN, COMPRENDRE DES SIGNATURES ORIGINALES ET ÊTRE SOUMIS AU DIRECTEUR DE L'ÉCOLE.

Cette section doit être remplie par le directeur.

DÉCLARATION DU DIRECTEUR D'ÉCOLE

J'ai examiné les renseignements fournis dans le présent formulaire, j'ai obtenu des clarifications au besoin et j'en accuse réception.

Signature du directeur : _____ **Date :** _____

Une copie de ce formulaire doit être placée dans le DSO de l'élève.

L'information sera partagée avec tous les enseignants de l'élève et tout autre membre du personnel qui supervise cet enfant.

L'examen de ce formulaire sera l'occasion de discuter de la mise en œuvre des lignes directrices avec le parent ou le tuteur.