Logo   
du conseil

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AFFECTION MÉDICALE PRÉDOMINANTE – ÉPILEPSIE**  **Plan de soins (exemple)** | | |
| **RENSEIGNEMENTS SUR L’ÉLÈVE** | | |
|  | | Photo  (facultative) |
| Nom | Date de  naissance |
| No 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. | | |
| ❒ Stress | ❒ Cycle menstruel | ❒ Inactivité |
| ❒ Changement d’alimentation | ❒ Manque de sommeil | ❒ Stimulation électronique (télévision, écrans vidéo, fluorescents) |
| ❒ Maladie  ❒ Changement de température | ❒ Équilibre inapproprié de médicaments  ❒ Autres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| ❒ 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 (no 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 | | | |  | | |