

PROGRAMME DE SOIN ET ORDONNANCE POUR L'ASTHME DANS LES ÉCOLES ET LES LIEUX DE GARDES DU COLORADO*

PARENT/TUTEUR, REMPLISSEZ, SIGNEZ ET DATEZ :

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____
 École : _____ Classe : _____
 Nom du parent/tuteur : _____ Téléphone : _____

J'approuve ce programme de soins et j'autorise le personnel de l'école à partager ces informations, suivre ce programme, administrer des médicaments et soigner mon enfant, et si nécessaire, contacter notre prestataire de soins de santé. J'assume la responsabilité de fournir à l'école/au lieu d'accueil les médicaments prescrits, non-périmés et le matériel (comme une chambre d'inhalation), et de me conformer à la politique du conseil, le cas échéant. J'ai conscience qu'on peut appeler le **911 si l'école ne dispose pas d'un bronchodilatateur d'action rapide** lorsque mon enfant/adolescent a des symptômes.

Signature du parent/tuteur _____

Date _____

PRESTATAIRE DE SOINS, REMPLISSEZ TOUS LES ÉLÉMENTS, SIGNEZ ET DATEZ :

BRONCHODILATATEUR D'ACTION RAPIDE : Albutérol Autre : _____

Traitement de fond utilisé au domicile : _____

DÉCLENCHEURS : Météo Maladie Exercice Fumée Poussière Pollen Mauvaise qualité de l'air Autre : _____

Précisez les allergies potentiellement mortelles : _____

BRONCHODILATATEUR D'ACTION RAPIDE : avec aide ou en autonomie.

- L'élève a besoin de supervision ou d'aide pour se servir de l'inhalateur. L'élève ne porte pas l'inhalateur sur lui.
- L'élève comprend la bonne utilisation des médicaments contre l'asthme, et selon moi, il peut **porter son inhalateur sur lui** et s'en servir à l'école en autonomie suite à l'accord de l'infirmier et à la finalisation d'un contrat.

SI VOUS VOYEZ CELA :

FAITES CELA :

ZONE VERTE : Pas de traitement préventif	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de symptôme actuellement • Activité éprouvante prévue 	<p>TRAITEMENT PRÉVENTIF POUR LES ACTIVITÉS ÉPROUVANTES, veuillez choisir UNE réponse :</p> <p><input type="checkbox"/> Pas nécessaire OU <input type="checkbox"/> À la demande du parent/de l'élève OU <input type="checkbox"/> Systématiquement</p> <p>Donnez le bronchodilatateur d'action rapide 10 à 15 minutes avant l'activité : <input type="checkbox"/> 2 bouffées <input type="checkbox"/> 4 bouffées Recommencez dans 4 heures, si nécessaire pour une activité physique supplémentaire.</p> <p>Si l'enfant présente actuellement des symptômes, suivez la ZONE JAUNE ou ROUGE.</p>
ZONE JAUNE : Symptômes modérés	<ul style="list-style-type: none"> • Peine à respirer • Respiration sifflante • Toux fréquente • Oppression dans la poitrine • Incapable de faire les activités 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Donnez le BRONCHODILATATEUR D'ACTION RAPIDE : <input type="checkbox"/> 2 bouffées <input type="checkbox"/> 4 bouffées 2. Restez avec l'enfant/l'adolescent et maintenez-le en position assise. 3. BRONCHODILATATEUR D'ACTION RAPIDE si cela ne s'améliore pas en 15 minutes : <input type="checkbox"/> 2 bouffées <input type="checkbox"/> 4 bouffées Si les symptômes ne s'améliorent pas ou s'aggravent, suivez la ZONE ROUGE. 4. L'enfant/l'adolescent peut reprendre des activités normales, quand les symptômes s'arrêtent. 5. Avisez les parents/tuteurs et l'infirmier scolaire.
ZONE ROUGE : URGENCE Symptômes graves	<ul style="list-style-type: none"> • Toux constante • Difficulté à respirer • Difficulté à parler (ne peut dire que 3 à 5 mots) • La surface de la poitrine et/ou du cou rentrent pendant la respiration • Lèvres/ongles gris/bleus 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Donnez le BRONCHODILATATEUR D'ACTION RAPIDE : <input type="checkbox"/> 2 bouffées <input type="checkbox"/> 4 bouffées Référez-vous au programme de soins en cas d'anaphylaxie si l'élève est sujet à une allergie potentiellement mortelle. S'il n'y a pas de programme de soins en cas d'anaphylaxie, suivez les consignes d'urgence concernant l'anaphylaxie. 2. Appelez le 911 et informez les urgences de la raison de votre appel. 3. REDONNEZ LE BRONCHODILATATEUR D'ACTION RAPIDE si cela ne s'améliore pas : <input type="checkbox"/> 2 bouffées <input type="checkbox"/> 4 bouffées. Possible de le refaire toutes les 5 à 15 minutes jusqu'à l'arrivée des urgences. 4. Restez avec l'enfant/l'adolescent. Gardez votre calme et aidez-le à prendre des inspirations plus lentes et plus profondes. 5. Avisez les parents/tuteurs et l'infirmier scolaire.

Signature du prestataire de soins de santé _____
 Valable 12 mois sauf indication contraire dans la politique du district.

Nom manuscrit du prestataire _____

Date _____

Fax _____

Téléphone _____

E-mail _____

Signature de l'infirmier scolaire/du CCHC _____

Date _____

Contrat pour le port du bronchodilatateur en autonomie dans le dossier.

Programme de soins en cas d'anaphylaxie

_____ dans le dossier, pour les allergies potentiellement mortelles à :

*Y compris affection respiratoire réactionnelle, bronchospasme provoqué par l'exercice, hyper-réactivité bronchique.

