

<b>Ce plan doit être complété par un parent/tuteur, l'élève qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou de l'élève qui a 18 ans en collaboration avec le personnel de l'école à la lumière des renseignements fournis par le médecin de l'élève.</b>			
Nom de l'école :		Date :	
Nom de la direction :			
<b>RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE</b>			
Nom de l'élève :		Date de naissance :	
N° de l'élève :		Année :	
Nom du titulaire de la classe foyer :			
N°s du parcours de l'autobus matin/après-midi :			
Adresse au domicile :			
Téléphone au domicile :			
Nom du père et téléphone d'affaires :			
Nom de la mère et téléphone d'affaires :			
Nom du tuteur et téléphone d'affaires :			
<b>RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX</b>			
NOM DU MÉDECIN : _____		Note au dossier : <input type="checkbox"/>	
DÉCLANCHEURS CONNUS DE L'ASTHME :			
<input type="checkbox"/> Rhume/grippe/maladie	<input type="checkbox"/> Activité/exercice physique	<input type="checkbox"/> Animaux	
<input type="checkbox"/> Fumée de cigarette	<input type="checkbox"/> Pollen	<input type="checkbox"/> Moisissure	
<input type="checkbox"/> Poussière	<input type="checkbox"/> Temps froid	<input type="checkbox"/> Odeurs fortes	
<input type="checkbox"/> Allergies (préciser) : _____			
<input type="checkbox"/> Anaphylaxie (préciser l'allergie) : _____			
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____			
<b>UTILISATION DES MÉDICAMENTS DE PRÉVENTION À L'ÉCOLE ET LORS DES SORTIES ÉDUCATIVES</b>			
Les médicaments de prévention se prennent régulièrement et généralement tous les jours pour maîtriser l'asthme. Ils se prennent généralement le matin et le soir pour ne pas avoir à les apporter à l'école (à moins que l'élève ne participe à une activité où il doit découcher).			
Prendre/administrer le médicament suivant : _____ à raison de : _____ aux moments suivants : _____.			
Directives ou renseignements supplémentaires pour éviter les déclencheurs de l'asthme :			

<b>PERSONNES À AVISER EN CAS D'URGENCE</b>				
Nom	Lien avec la personne	Téléphone à la maison	Téléphone au travail	Téléphone cellulaire

**Gestion des affections médicales prédominantes**  
**Modèle de plan de soins personnalisé de l'élève asthmatique**

AFFICHER DANS DES ENDROITS STRATÉGIQUES

**SYMPTÔMES ET MESURES D'URGENCE : ASTHME**

(À remplir par les parents en collaboration avec le personnel de l'école, s'il y a lieu)

PHOTO DE L'ÉLÈVE OU DE L'ENFANT
NOM DE L'ÉLÈVE OU DE L'ENFANT

Dresser la liste des mesures à prendre :

<b>UTILISATION DE L'INHALATEUR DE SOULAGEMENT À L'ÉCOLE ET LORS DES SORTIES SCOLAIRES</b>
<p>L'inhalateur de soulagement est un médicament à action rapide (souvent bleu) utilisé en présence de symptômes d'asthme. L'inhalateur de soulagement doit être administré :</p> <p><input type="checkbox"/> Lorsque cet élève ressent des symptômes d'asthme (difficulté à respirer, toux, respiration sifflante).</p> <p><input type="checkbox"/> Autre moment (expliquer) : _____</p> <p>Administrer l'inhalateur de soulagement (nom du médicament) : _____ à raison de (nombre d'inhalations) : _____</p> <p>Tube d'espacement (chambre d'inhalation munie d'une valve) requis? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Cocher le type d'inhalateur de soulagement que prend l'élève :</p> <p><input type="checkbox"/> Salbutamol</p> <p><input type="checkbox"/> Airomir</p> <p><input type="checkbox"/> Ventolin</p> <p><input type="checkbox"/> Bricanyl</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____</p>
<p><input type="checkbox"/> L'élève a besoin d'aide pour avoir accès à son inhalateur de soulagement. L'enseignant ou le surveillant doit y avoir accès facilement.</p> <p>L'inhalateur de soulagement se trouve :</p> <p><input type="checkbox"/> Auprès de l'enseignant ou du surveillant (endroit) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dans le casier no : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre endroit (préciser) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève aura son inhalateur sur lui en tout temps (récréation, gymnase, activités extérieures et sorties scolaires).</p> <p>L'élève transporte son inhalateur de soulagement :</p> <p><input type="checkbox"/> Dans ses poches</p> <p><input type="checkbox"/> Dans son sac à dos ou sa sacoche de ceinture</p> <p><input type="checkbox"/> Dans un boîtier ou une pochette</p> <p><input type="checkbox"/> Autre endroit (préciser) : _____</p> <p>L'élève a-t-il besoin d'aide pour prendre son inhalateur de soulagement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Un inhalateur de soulagement de réserve se trouve :</p> <p><input type="checkbox"/> Au secrétariat (préciser l'endroit) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Dans le casier no : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autre endroit (préciser) : _____</p>

**Gestion des affections médicales prédominantes  
Modèle de plan de soins personnalisé de l'élève asthmatique**

**AUTORISATIONS ET CONSENTEMENTS DES PARENTS, TUTEUR, L'ÉLÈVE QUI A 16 OU 17 ANS ET QUI S'EST SOUSTRAIT DE L'AUTORITÉ PARENTALE OU DE L'ÉLÈVE QUI A 18 ANS**

**CONSENTEMENT POUR QUE L'ÉLÈVE AIT SUR LUI ET S'AUTO-ADMINISTRE SES MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME**

J'accepte que mon enfant :

- Puisse avoir sur lui** ses médicaments d'ordonnance et dispositifs d'administration contre l'asthme à l'école et lors des sorties éducatives.
- Puisse **s'auto-administrer** ses médicaments d'ordonnance et dispositifs d'administration contre l'asthme à l'école et lors des sorties éducatives.
- Ait besoin d'aide** pour prendre ses médicaments d'ordonnance et dispositifs d'administration contre l'asthme à l'école et lors des sorties éducatives.

**PLAN DE SOINS PERSONNALISÉ ET MESURES D'URGENCE**

Je (parent/tuteur, l'élève qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou de l'élève qui a 18 ans), \_\_\_\_\_, reconnais ma participation à l'élaboration de ce *Plan de soins personnalisé et de la fiche des symptômes et mesures d'urgence*, et je conviens d'exécuter de manière fiable les engagements qui y sont indiqués. Je consens à ce que le personnel de l'école \_\_\_\_\_ mette le plan en œuvre. Je comprends que ce plan sera révisé chaque année (le consentement se termine à la fin de l'année scolaire) et j'aviserai l'école si la situation change avant la révision.

En cas d'urgence, j'autorise le personnel de l'école indiqué dans le plan, ainsi que le conducteur de l'autobus, à administrer le médicament approprié et/ou à obtenir l'aide médicale appropriée. J'accepte d'être responsable de tous les coûts associés au traitement médical, et j'exonère le CEPEO et ses employés de la responsabilité de toute réaction négative découlant de l'administration des médicaments prescrits. J'accepte que la fiche de *symptômes et de mesures d'urgence* (y compris la photo imprimée ou numérique de l'élève) ci-jointe soit affichée dans l'école et que les renseignements médicaux soient partagés avec le personnel approprié. J'ai pris connaissance de la politique ELE03\_ *Santé et sécurité des élèves* et de ses directives administratives.

**TRANSFERT À L'HÔPITAL**

- Je donne mon consentement pour que mon enfant soit transporté à l'hôpital si le personnel de l'école le juge nécessaire et pour qu'un membre du personnel accompagne mon enfant durant son transport vers l'hôpital, au besoin.  
**Remarque :** Il appartient à la direction d'école de décider s'il convient d'appeler une ambulance.

**ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS**

Les renseignements personnels figurant sur ces feuilles sont recueillis en vertu de la *Loi sur l'éducation*. L'accès auxdits renseignements est restreint aux personnes devant les consulter pour des besoins d'ordre administratif, à l'élève auquel se rapportent ces renseignements ainsi qu'au parent/tuteur, l'élève qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou de l'élève qui a 18 ans. Si vous souhaitez examiner ces renseignements ou si vous avez des questions au sujet de leur collecte, veuillez communiquer avec la direction d'école. Les renseignements recueillis sont

protégés contre le vol, la perte ainsi que l'utilisation et la divulgation non autorisées.

Nom du parent/tuteur, l'élève qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou de l'élève de plus de 18 ans	Signature	Date

**ATTESTATION DE LA DIRECTION**

J'ai examiné les renseignements contenus dans les présentes feuilles, j'ai obtenu les clarifications nécessaires et j'en accuse réception.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_