

Insérer la  
photo de  
l'élève ici

## PLAN DE SOINS PERSONNALISÉ (pour toute autre affection médicale)

Nom de l'élève : _____	Date de naissance : _____
Enseignant : _____	Année d'études : _____
	Âge : _____

### CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Nom	Lien avec l'élève	Téléphone maison	Téléphone au travail	Cellulaire

### CONDITION DE L'ÉLÈVE

NOMMER LES CONDITIONS MÉDICALES DE VOTRE ENFANT	
Condition de votre enfant :	
Description de la condition:	
Intervention :	
Condition de votre enfant :	
Description de la condition:	
Intervention :	
Condition de votre enfant :	
Description de la condition:	
Intervention :	

**SYMPTÔMES À SURVEILLER**

Préciser :

**MESURES ET INTERVENTIONS**

Les interventions et les mesures d'urgence applicables :

- Administrer le médicament ou prodiguer la thérapie
- Consigner l'heure à laquelle le médicament ou la thérapie a été donné
- En cas d'urgence, communiquer avec le 9-1-1 pour envoyer l'enfant immédiatement à l'hôpital en ambulance.
- Quand vous appelez l'ambulance :
  - Donner votre nom et celui de l'élève
  - Donner ses symptômes et préciser si un médicament lui a été administré
- Autres :

**INFORMATION SUR L'ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT**

Nom du médicament : (selon l'étiquette du contenant d'origine)

Directive d'entreposage :

**POSOLOGIE DU MÉDICAMENT**

- Le médicament doit être administré selon la posologie suivante :

Jour(s) de la semaine	Heures(s) de la journée/Intervalles	Quantité/Dose	Renseignement supplémentaires (au besoin)

**INFORMATION SUR L'ADMINISTRATION DU MÉDICAMENT**

Nom du médicament : (selon l'étiquette du contenant d'origine)

Directive d'entreposage :

**POSOLOGIE DU MÉDICAMENT**

- Le médicament doit être administré selon la posologie suivante :

Jour(s) de la semaine	Heures(s) de la journée/Intervalles	Quantité/Dose	Renseignement supplémentaires (au besoin)

**INFORMATION SUR LA THÉRAPIE OU LES SOINS**

Techniques :

Soins :

**FRÉQUENCE DES SOINS**

La thérapie ou le soin doit être prodigué :

Jour(s) de la semaine	Heures(s) de la journée/Intervalles	Fréquence	Renseignement supplémentaires (au besoin)

**AUTORISATION ET RÉVISION DU PLAN**

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

Il sera révisé au plus tard le : \_\_\_\_\_

**Le parent ou tuteur ou élève qui a 16 ou 17 ans qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou l'élève qui a 18 ans doit aviser la direction de l'école s'il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l'année scolaire.**

Nom du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature de l'élève : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 (qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait à l'autorité parentale)

Signature de l'élève : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 (qui a 18 ans et plus)

Signature de la direction d'école : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

- **N'HÉSITEZ PAS À ADMINISTRER LE MÉDICAMENT OU À APPELER L'AMBULANCE MÊME SI VOUS NE POUVEZ JOINDRE LE PARENT OU TUTEUR.**
- **UNE FOIS REMPLI, CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE DISTRIBUÉ À CHAQUE ENSEIGNANT QUI A DES CONTACTS AVEC L'ÉLÈVE ANAPHYLACTIQUE À L'ÉCOLE.**
- **UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE DEVRAIT ÉGALEMENT ÊTRE MIS DANS LA PLANIFICATION DE L'ENSEIGNANT POUR LE SUPPLÉANT.**
- **UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE DEVRAIT AUSSI ÊTRE EMPORTÉ LORS DES SORTIES ÉDUCATIVES.**