

## PLAN DE SOINS DE SANTÉ POUR L'ASTHME

Nom :		Sexe :		Date de naissance :	
École ou établissement de soins pour enfants :				Niveau :	
Bracelet médical porté par l'enfant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				IMM :	
				NIP :	
Nom du parent/tuteur :					
Tél. (domicile) :		Cellulaire :		Travail :	
Nom du parent/tuteur :					
Tél. (domicile) :		Cellulaire :		Travail :	
Personne à contacter en cas d'urgence :					
Tél. (domicile) :		Cellulaire :		Travail :	
Allergologue :				Tél. :	
Pédiatre/médecin de famille :				Tél. :	
Allergies connues :					
<b>Facteurs déclencheurs</b> — Énumérez les éléments qui déclenchent le plus souvent les crises d'asthme de votre enfant.					
<b>Médicament de soulagement</b> (bronchodilatateurs) Nous recommandons que l'enfant ait toujours son médicament de soulagement avec lui, afin de pouvoir l'utiliser en cas de crise.					
Quel médicament de soulagement a été prescrit à votre enfant? (COCHEZ UN CHOIX)		<input type="checkbox"/> Salbutamol (par ex., Ventolin®, Novo-Salmol®) <input type="checkbox"/> Symbicort®			
Combien de vaporisations du médicament de soulagement sont prescrites pour un épisode d'asthme? (COCHEZ UN CHOIX)		<input type="checkbox"/> 1 vaporisation <input type="checkbox"/> 2 vaporisations		<input type="checkbox"/> 1 ou 2 vaporisations <input type="checkbox"/> autre	
Où l'enfant garde-t-il son médicament de soulagement? (COCHEZ UN CHOIX)		<input type="checkbox"/> sacoche de ceinture <input type="checkbox"/> sac à dos		<input type="checkbox"/> sac à main <input type="checkbox"/> autre	
Votre enfant a-t-il besoin d'aide pour l'administration de son médicament de soulagement?		<input type="checkbox"/> Oui Si oui, quel type d'aide? _____ <input type="checkbox"/> Non			
Veuillez <b>ENCERCLER</b> le dispositif d'administration que votre enfant utilise pour son <b>médicament de soulagement</b> .					
 Aérosol-doseur	 MDI avec AeroChamber®	 MDI avec AeroChamber® Turbuhaler® et masque	 _____ autre		

**Le plan de soins de santé et les médicaments d'urgence doivent accompagner l'enfant pendant les sorties à l'extérieur de l'établissement.**

## PLAN DE SOINS DE SANTÉ POUR L'ASTHME

<b>Nom :</b>	<b>Sexe :</b>	<b>Date de naissance :</b>
<b>SI VOUS OBSERVEZ CECI :</b>	<b>FAITES CECI :</b>	
<b><u>Signes de l'asthme</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toux</li> <li>Respiration sifflante</li> <li>Serrement de la poitrine</li> <li>Essoufflement</li> <li>Augmentation du rythme de la respiration au repos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Éloignez l'enfant de tout facteur déclencheur de l'asthme (exercice, air froid, fumée, etc.).</li> <li>2. Assoyez l'enfant.</li> <li>3. Assurez-vous que l'enfant prend son médicament de soulagement.</li> <li>4. Encouragez l'enfant à respirer lentement et profondément.</li> <li>5. Surveillez les signes d'amélioration des symptômes de l'asthme.</li> </ol>	
<b><u>Situations d'urgence</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le médicament de soulagement a été administré et les symptômes de l'asthme ne s'améliorent pas dans les cinq minutes suivantes.</li> <li>Les lèvres et les ongles de l'enfant deviennent bleu-grisâtre.</li> <li>L'enfant est incapable de parler en phrases complètes.</li> <li>Vous observez une dépression de la poitrine ou des secousses de la trachée.</li> <li>Les épaules de l'enfant sont élevées et les muscles du cou sont tendus.</li> <li>L'enfant ne peut pas arrêter de tousser.</li> <li>L'enfant a de la difficulté à marcher</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Appelez le 911/SMU.</li> <li>2. Administrez le médicament de soulagement toutes les cinq minutes.</li> <li>3. Avertissez le parent/tuteur.</li> <li>4. Restez avec l'enfant jusqu'à l'arrivée du personnel médical d'urgence.</li> </ol>	
<b><u>Signes que l'asthme n'est pas contrôlé</u></b> <p><b>Si le personnel observe une des situations suivantes, le parent/tuteur de l'enfant doit être averti immédiatement.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les symptômes de l'asthme empêchent l'enfant d'effectuer ses activités normales.</li> <li>L'enfant tousse souvent, il est essoufflé ou a une respiration sifflante.</li> <li>L'enfant se sert de son médicament de soulagement plus de 3 fois par semaine pour soulager ses symptômes ou faire de l'exercice.</li> </ul>		

*J'ai examiné le plan de soins ci-dessus et je consens à sa mise en application au nom de mon enfant :*

**Signature du parent/tuteur :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

*J'ai examiné le plan de soins ci-dessus et je le déclare approprié pour cet enfant :*

**Signature de l'infirmière :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU


Les feuilles d'instruction pour les dispositifs d'administrations des médicaments sont jointes