# Annexe A : PLAN INDIVIDUEL ET PROCÉDURES D’URGENCE

# POUR UN ENFANT SOUFFRANT D’UNE ALLERGIE ANAPHYLACTIQUE

**Nom de l'enfant**:

**Date de naissance de l’enfant** (jj/mm/aaaa) :

**Allergène(s) ou agent(s) susceptible(s) de provoquer un choc  
anaphylactique** :

Cliquer ici pour saisir du texte.

**Asthme**:  Oui (risque accru de réaction grave)  Non

**Lieu d’entreposage des medicaments** :

**Marque de l’auto-injecteur d’épinéphrine**:

**Date d’expiration de l’auto-injecteur d’épinéphrine** (jj/mm/aaaa):

**Autres médicaments d'urgence\***:

**Numéro des services d’urgence** :

| Photo de l’enfant (recommandé) |
| --- |

| **SIGNES ET SYMPTÔMES D'UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE NE CONSTITUANT PAS UN DANGER DE MORT PROPRES À L'ENFANT :** *(propres à l’enfant, p. ex., respiration sifflante et démangeaisons cutanées)* | **SIGNES ET SYMPTÔMES D'UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE CONSTITUANT UN DANGER DE MORT PROPRES À L'ENFANT :** *(propres à l’enfant, p. ex., incapacité de respirer, sueurs)* |
| --- | --- |
| **DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE À SUIVRE SI L’ENFANT PRÉSENTE UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE NE CONSTITUANT PAS UN DANGER DE MORT :** | **DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE À SUIVRE SI L’ENFANT PRÉSENTE UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE CONSTITUANT UN DANGER DE MORT :** |
| **MESURES VISANT À RÉDUIRE LES RISQUES D’EXPOSITION AUX ALLERGÈNES OU AUX AGENTS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER UN CHOC ANAPHYLACTIQUE :** *(p. ex., environnement sans noix)* | |
| **AUTRES NOTES (s’il y a lieu) :** *(p. ex., utilisation d’autres médicaments d’urgence contre les allergies pour mettre en œuvre les procédures d’urgence* | |

## Déclaration parentale

Je \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (parent ou tuteur), accorde par la présente mon consentement à ce que mon enfant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom de l’enfant) (cocher toutes les cases applicables) :

porte sur lui ses médicaments d’urgence contre l’allergie à l'endroit suivant (p. ex., sac banane bleu) :

s'autoadministre son propre médicament en cas de réaction anaphylactique.

**ET (OU)**

Je \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (parent ou tuteur), accorde par la présente mon consentement à ce que toute personne ayant reçu la formation relativement au présent plan dans le local de services de garde en milieu familial administre l’auto-injecteur d’épinéphrine et (ou) le médicament contre l’asthme à mon enfant et suive les procédures énoncées dans le plan individuel et les procédures d’urgence concernant l’anaphylaxie de mon enfant.

Initiales du parent ou du tuteur :

## PERSONNE À JOINDRE EN CAS D’URGENCE

| **Nom** | **Lien avec l’enfant** | **Numéro de téléphone principal** | **Autre numéro de téléphone** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

### COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL DE SOINS DE SANTÉ : (facultatif)

| Nom | **Numéro de téléphone principal** |
| --- | --- |
|  |  |

### SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SOINS DE SANTÉ (facultatif)

|  |  |
| --- | --- |
| X | Date:  Cliquer ici pour saisir du texte. |

### SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR (obligatoire)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom en caractères d’imprimerie : | Lien avec l’enfant :  Cliquer ici pour saisir du texte. |
| X | Date:  Cliquer ici pour saisir du texte. |