

# Gestion d'une allergie extrême et plan d'urgence

Le présent plan doit être passé en revue chaque année. Tout changement apporté doit être signalé immédiatement.

## Partie I – Renseignements sur l'enfant

**Le présent formulaire doit être rempli si votre enfant a des allergies qui peuvent mener à l'anaphylaxie**

L'anaphylaxie (choc anaphylactique) est une réaction allergique grave qui peut toucher plusieurs systèmes de l'organisme et être fatale si elle n'est pas traitée. L'anaphylaxie peut être causée par des aliments, des piqûres d'insectes, des médicaments, le caoutchouc et d'autres substances. Les aliments qui provoquent le plus souvent l'anaphylaxie sont les arachides, les noix, les mollusques et les crustacés, le poisson, le lait, les oeufs, le blé, le soya et les graines de sésame. Toutefois, on sait qu'un grand nombre d'autres aliments peuvent également causer l'anaphylaxie. Des quantités infimes d'allergène peuvent provoquer une réaction grave.

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ No d'assurance-maladie \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Numéro d'app. \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

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

Téléphone cellulaire \_\_\_\_\_ Téléphone travail \_\_\_\_\_ Téléphone domicile \_\_\_\_\_

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

Téléphone cellulaire \_\_\_\_\_ Téléphone travail \_\_\_\_\_ Téléphone domicile \_\_\_\_\_

Autre personne-ressource \_\_\_\_\_

Téléphone cellulaire \_\_\_\_\_ Téléphone travail \_\_\_\_\_ Téléphone domicile \_\_\_\_\_

**De quel type d'ÉpiPen® (épinéphrine) votre enfant a-t-il besoin?**

pour un enfant (entre 15 kg et 30 kg) (Junior)     pour un adulte (30 kg ou plus) (Régulier)

## Renseignements sur l'allergie (à remplir par le médecin de l'enfant)

L'enfant est-il à risque d'une réaction anaphylactique?  Oui     Non

Si oui, à quels allergènes? \_\_\_\_\_

Autres allergies importantes?  Oui     Non

Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

ÉpiPen® (épinéphrine) recommandée?  Oui     Non

Nom du médecin \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Signature du médecin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

## **Partie II – Plan de gestion d’une allergie extrême – comment minimiser le risque**

Cette partie doit être remplie par l’établissement de garderie éducative, en collaboration avec le parent ou le tuteur

---

---

---

---

---

---

---

---

Responsabilités du parent ou du tuteur

---

---

---

---

---

---

---

---

Responsabilités de l’exploitant

---

---

---

---

---

---

---

---

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

### Partie III – Plan d'urgence

Cette partie doit être remplie par l'établissement de garderie éducative, en collaboration avec le parent ou le tuteur (p. ex. : administrer de l'ÉpiPen®; appeler une ambulance ou amener l'enfant à l'hôpital; appeler les parents).

---

---

---

---

---

---

---

---

Responsabilités du parent ou du tuteur

---

---

---

---

---

---

---

---

J'accepte que les renseignements pertinents concernant l'état de santé ou le problème médical de mon enfant soient affichés dans des endroits stratégiques de l'établissement (p. ex. : babillard à l'attention des parents, aires de jeu, cuisine, salle du personnel) pour aider le personnel à fournir des services d'urgence à mon enfant. Je fournirai une photo de mon enfant à cette fin.

Je ne veux pas que des renseignements sur mon enfant soient affichés dans l'établissement.

Responsabilités de l'exploitant

---

---

---

---

---

---

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

## Partie IV – Approbation

J'ai lu et comprends l'entente énoncée dans le formulaire Gestion d'une allergie extrême et plan d'urgence et j'accepte que les renseignements pertinents au service demandé soient communiqués aux personnes qui doivent les connaître pour fournir le service.

Par la présente, je demande au personnel de l'établissement de fournir à mon enfant les soins décrits ci-dessus et l'autorise à le faire. Je comprends que le personnel de l'établissement n'a pas de compétences médicales et qu'il fournira le service demandé de bonne foi dans le cadre de la formation reçue, et conformément à la présente entente.

En cas d'urgence, j'autorise le personnel de l'établissement à administrer le médicament ou les médicaments que j'ai fournis et qui sont indiqués dans la présente entente et à demander une aide médicale appropriée. J'accepte d'assumer la responsabilité de tous les frais liés au traitement médical et au transport de mon enfant.

Je comprends que l'établissement ne peut garantir un milieu entièrement exempt d'allergènes.

Par les présentes, je reconnais mes responsabilités comme énoncées dans la présente entente et j'accepte de m'acquitter de ces responsabilités dans la mesure de mes capacités.

J'accepte d'informer l'établissement, par écrit, de tout changement concernant les renseignements fournis sur le présent formulaire.

J'accepte que les renseignements indiqués sur le présent formulaire soient communiqués à toute personne qui a besoin de les connaître pour donner des soins à mon enfant au nom de l'établissement.

J'accepte que l'exploitant ou l'administrateur puisse contacter le médecin de mon enfant en cas d'urgence médicale ou pour demander une clarification au sujet des responsabilités de l'établissement comme définies dans ce plan.

Oui  Non

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

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

Par la présente, je reconnais et accepte mes responsabilités et celles de mon personnel comme énoncées dans la présente entente.

Signature de l'exploitant ou de  
l'administrateur de la garderie éducative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

## Examen Annuel

**Note :** Si les exigences du service demandé ont changé, veuillez remplir un nouveau formulaire *Gestion d'une allergie extrême et plan d'urgence*. S'il n'y a aucun changement, veuillez signer ce formulaire de vérification pour confirmer l'accord du parent ou du tuteur avec le plan.

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_ sans modification.

Parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Exploitant ou administrateur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_ sans modification.

Parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Exploitant ou administrateur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_ sans modification.

Parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Exploitant ou administrateur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Ce plan a été révisé et restera en vigueur pendant l'année 20\_\_\_\_-20\_\_\_\_ sans modification.

Parent ou tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Exploitant ou administrateur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_