Allergies Québec

PLAN D'URGENCE INDIVIDUALISÉ

Nom de l'enfant : _____

Cet enfant présente une allergie grave nécessitant une intervention d'urgence aux allergènes suivants :

Photo

(Cochez les cases appropriées)

☐ Aliment(s) : _____

_____

_____

☐ Piqûre d'insecte : _____

☐ Autre : _____

Auto-injecteur d'épinéphrine

Date d'expiration : _____/_____

Marque : _____ Dosage : _____

Où trouver les auto-injecteurs : _____

☐ **Antécédents de réactions anaphylactiques** : l'enfant s'expose à un risque plus élevé.

☐ **Asthme** : Si, lors d'une réaction, il (elle) éprouve de la difficulté à respirer, lui administrer de l'épinéphrine avant de lui faire prendre ses médicaments contre l'asthme. L'enfant s'expose à un risque plus élevé.

Autres remarques : _____

_____

_____

Communiquez avec une des personnes suivantes en cas d'urgence.

Nom	Lien	Cellulaire	Téléphone maison	Téléphone travail

Le soussigné, patient, parent ou tuteur, autorise un adulte à administrer de l'épinéphrine à l'enfant susnommé(e) dans le cadre d'une réaction allergique sévère.

Ce protocole est recommandé par le médecin traitant.

_____ _____

Signature du patient, du parent ou du tuteur Date

_____ _____

Signature du professionnel de la santé ☐ Au dossier Date

☐ Des instructions particulières fournies par l'allergologue de l'enfant sont jointes au présent document.