

Annexe E :

Outil pour

la collecte de données

L'annexe E est un outil de collecte de données qui pourrait être utilisé par l'infirmière scolaire pour recueillir davantage d'informations auprès des parents d'enfants allergiques.

Inspiré des outils du CCSMTL ainsi que du CIUSSS de la Capitale Nationale et du CISSS de Chaudière-Appalaches

IDENTIFICATION

Élève allergique :

Nom : École :
Prénom : Niveau scolaire :
Date de naissance : Classe / groupe :
Inscription au service de garde : ☐ Oui ☐ Non

Personne-ressource pour la collecte de données :

Mère : Élève lui-même
Père : Tuteur :
Autre, précisez :

Contexte de la collecte de données :

☐ Appel téléphonique ☐ Rencontre en personne ☐ Envoi du document ☐ Autre, précisez :

ALLERGIE / SANTÉ

Arachides	Sésame	Inconnu
Noix	Soya	Autre, précisez:
Lait	Fruits de mer	
Moutarde	Poisson	
Œufs	Piqûre d'insecte	

Historique de l'allergie :

Année du diagnostic : Année de la dernière réaction :
Test d'allergie : ☐ Oui ☐ Non Année du test d'allergie :
Votre enfant a-t-il déjà fait une réaction anaphylactique? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous déjà eu à administrer l'auto-injecteur à votre enfant? ☐ Oui ☐ Non
Votre enfant est-il asthmatique? ☐ Oui ☐ Non
Votre enfant fait-il de l'eczéma? ☐ Oui ☐ Non

Votre enfant est-il suivi par :

Un médecin de famille : Oui Non Nom :

Un allergologue : Oui Non Nom :

TRAITEMENT

Votre enfant a-t-il un auto-injecteur prescrit? Oui Non

Marque de l'auto-injecteur : _____ Dose : _____

Date d'expiration de l'auto-injecteur :

Emplacement de l'auto-injecteur à l'école :

Dans un étui à la taille de l'enfant (porté en tout temps)

Dans un endroit déterminé par l'infirmière ou le responsable, précisez :

CONNAISSANCE ET AUTONOMIE

Est-ce que votre enfant...

Porte un bracelet/une chaîne de type MedicAlert? Oui Non

Porte un autre système d'identification des allergies? Oui Non

Reconnaît ses symptômes? Oui Non

Est capable d'utiliser l'auto-injecteur lui-même?	Oui	Non
---	-----	-----

Est-ce que votre enfant connaît et applique les mesures de prévention suivantes?

Évite le partage d'aliments, de breuvages, de contenants, de gourdes d'eau et d'ustensiles? Oui Non

Consommer uniquement des aliments de la maison (sauf si autorisé par ses parents)? Oui Non

N'utilise pas les fours à micro-ondes? Oui Non

Se lave les mains (avant et après les repas/collations)? Oui Non

S'installe toujours au même endroit lors des repas/collations? Oui Non

Nettoie sa surface de table avant les repas/collations et utilise un napperon? Oui Non

Évite de manger dans le transport scolaire? Oui Non

Évite de porter les mains à sa bouche? Oui Non

S'informe si les aliments contiennent des substances allergènes? Oui Non

Lit les étiquettes? Oui Non

CONSENTEMENT

J'accepte que la photo, le nom de mon enfant et les informations sur son allergie (types d'allergènes, médication, lieu d'entreposage de l'auto-injecteur et contacts en cas d'urgence) soient affichés dans certains locaux à l'école pour permettre l'identification de son allergie sévère et améliorer sa sécurité : Oui Non

J'accepte que l'infirmière de l'école rencontre mon enfant pour discuter des allergies et aborder...

- Les allergènes concernés
- Les signes et symptômes d'une réaction anaphylactique
- Une simulation de l'auto-administration de l'épinéphrine
- Les moyens pour éviter d'être en contact avec des allergènes à l'école
- Les endroits où trouver les auto-injecteurs à l'école

Oui Non

Questions / commentaires :

Signature de l'infirmière* :

Date:

*ou autre personne désignée par l'école

Signature du parent
(ou tuteur):

Date:

SVP, veuillez retourner ce formulaire complété à l'école.