

Annexe O :

Outil de bilan

de la situation

L'annexe O est un outil permettant de faire un bilan de la situation en cas d'anaphylaxie, et d'ainsi faciliter le suivi auprès des parents et des intervenants présents.

Inspiré des outils de la CS Pierre-Neveu et de la National Association of School Nurses (NASN)

Outil de bilan de la situation

IDENTIFICATION

1. Nom de l'école :
2. Âge de l'élève :
3. Sexe de l'élève : Féminin Masculin Autre

RÉACTION ALLERGIQUE

4. Date de la réaction :
5. Heure de début :
6. Lieu de la réaction :

Salle de classe

Salle de bain Cour extérieure

Cafétéria Bibliothèque Autobus

Service de garde Gymnase Sortie scolaire

Bureau de l'infirmière Corridor Autre, précisez :

7. Allergène(s) en cause (cochez toutes les cases appropriées) :

Arachides Sésame Inconnu

Noix Soya Œufs Fruits de mer

Lait Poisson

Moutarde Piqûre d'insecte

Autre, précisez :

8. Contact allergique ayant déclenché la réaction :

Manger la substance Toucher la substance

Être piqué par un insecte Inhaler la substance

Inconnu Autre, précisez :

9. Symptômes de la réaction (cochez toutes les cases appropriées) :

Respiration bruyante	Étourdissement	Rougeur de la peau
Voix rauque	Somnolence	Démangeaison
Difficulté à avaler	Perte de conscience	Plaques (urticaire)
Sensation d'étouffement	Enflure bouche/langue	Congestion nasale
Toux persistante	Enflure générale visage	Éternuement
Peau bleutée	Diarrhée	Larmolement des yeux
Pâleur	Crampes abdominales	Rougeur des yeux
Faiblesse généralisée	Nausée/vomissement	Inconnu
Autre :		

INTERVENTION

10. Y a-t-il eu administration d'épinéphrine?

Oui, 1 dose	Oui, 2 doses ou plus	Non
-------------	----------------------	-----

11. Y avait-il au moins un intervenant sur place qui avait reçu une formation sur l'administration d'épinéphrine? Oui Non

12. Année de la formation (s'il y a lieu) :

13. Année de la mise à jour (s'il y a lieu) :

Questions 14 à 22 : Veuillez répondre seulement s'il y a eu administration d'épinéphrine.

14. Heure de la 1ère injection :

15. Lieu de la 1ère injection :

Salle de classe	Salle de bain	Cour extérieure
Cafétéria	Bibliothèque	Autobus
Service de garde	Gymnase	Sortie scolaire
Bureau de l'infirmière	Corridor	Autre, précisez :

16. Heure et lieu des doses suivantes (s'il y a lieu) :

Heure de la 2e injection :		Lieu de la 2e injection:	
----------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

Heure de la 3e injection :		Lieu de la 3e injection:	
----------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

Heure de la 4e injection :		Lieu de la 4e injection:	
----------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

17. Qui a administré l'épinéphrine?

Élève lui-même Autre élève Paramédics (ambulanciers)

Enseignant(e) Responsable service de garde Infirmière

Autre personne/intervenant scolaire, précisez son rôle :

18. Cette personne avait-elle reçu une formation sur l'administration d'épinéphrine? Oui Non

19. Année de la formation (s'il y a lieu) :

20. Année de la mise à jour (s'il y a lieu) :

21. À qui appartenait l'auto-injecteur utilisé ?

À l'élève lui-même À l'école À un autre élève

Aux paramédicaux

Autre, précisez :

22. Où a-t-on trouvé l'auto-injecteur utilisé?

Sur l'élève lui-même (à sa taille)

Sur le même étage que l'élève

Dans la même pièce que l'élève

Autre :

23. Est-ce qu'une autre médication a été administrée à l'élève?

Oui, précisez :

Non

24. Appel au 911 : Oui Non

25. Heure de l'appel :

Appel aux parents : Oui Non

Non

26. Heure de l'appel :

27. Transport à l'hôpital : Oui Non

Non

28. Heure du transport :

29. Si oui, par quel moyen a-t-on transporté l'élève à l'hôpital?

En ambulance, seul

En ambulance, accompagné

Via les parents

Autre :

30. Situation de l'élève après la réaction :

Visite à l'urgence

Hospitalisation

Décès

Autre :

ANTÉCÉDENTS DE L'ÉLÈVE & PRÉPARATION DU MILIEU

31. Est-ce que l'élève était déjà connu allergique?

Par la famille/lui-même? Oui Non Par l'école? Oui Non

32. Si oui, allergique à (cochez toutes les cases appropriées) :

Arachides Sésame Noix Soya

Œufs Fruits de mer Lait Poisson

Moutarde Inconnu Autre :

33. Est-ce que l'élève avait déjà fait une réaction anaphylactique avant? Oui Non

34. Est-ce que l'élève avait déjà reçu l'épinéphrine avant? Oui Non

35. Est-ce que l'élève souffre d'asthme? Oui Non

36. Est-ce que la feuille d'identification de l'élève allergique a été utilisée?

Oui & visible dans sa classe Oui, mais non-affichée Non

37. Est-ce que l'élève avait un auto-injecteur INDIVIDUEL à l'école? Oui Non

Date d'expiration :

Emplacement :

38. Y avait-il au moins un auto-injecteur COMMUN disponible à l'école? Oui Non

1. Date d'expiration :

Emplacement :

2. Date d'expiration :

Emplacement :

3. Date d'expiration :

Emplacement :

4. Date d'expiration :

Emplacement :

39. Y a-t-il une personne responsable du suivi des allergies dans l'école?

Oui, une infirmière Oui, un autre responsable Non

SUIVI & RECOMMANDATIONS

40. Est-ce qu'une rencontre de débriefing a eu lieu ou aura lieu? Oui Non

41. Commentaires / recommandations :

Rapport rempli par...

Nom :

Rôle professionnel :

Signature :

Date :

SVP, veuillez envoyer à l'adresse suivante :