

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ÉVALUATION DES ALLERGIES SÉVÈRES MILIEU SCOLAIRE

École : _____

Consigne : *Se référer à la RSI-6009 Prendre en charge les allergies sévères et intervenir lors d'une réaction anaphylactique en milieu scolaire*

ALLERGÈNES				
☐ Arachides	☐ Noix	☐ Œufs	☐ Produits laitiers	☐ Fruits de mer
☐ Autres aliments, précisez : _____				
☐ Latex	☐ Piqûre d'insecte / Guêpe		☐ Autre(s), précisez : _____	
Dernière réaction : _____				
Date (aaaa/mm/jj) : _____				

INTERVENTIONS LORS DE LA DERNIÈRE RÉACTION	
☐ Administration épinéphrine	☐ Consultation à l'urgence
☐ DiphenhydrAMINE (Bénadryl)	☐ Autre(s), précisez : _____

RÉACTIONS		
Cardio-respiratoire :		
☐ Difficulté respiratoire	☐ Œdème de la langue et/ou des voies respiratoires	☐ Arrêt respiratoire
☐ Arrêt cardiaque	☐ Perte de conscience	☐ Faiblesse
Peau :		
☐ Urticaire	☐ Œdème	☐ Rougeurs
Gastro-intestinal :		
☐ Nausées	☐ Vomissements	☐ Douleur abdominale
☐ Diarrhée		
Autre(s) :		
Précisez : _____		

TEST D'ALLERGIE EFFECTUÉ	
☐ Oui ☐ Non	Résultat : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

Nom, Prénom :

Dossier :

ÉVALUATION MÉDICALE		
	☐ Oui ☐ Non	Date (aaaa/mm/jj) : _____
Diagnostic : _____		
☐ Allergie sévère nécessitant l'épinéphrine		
☐ Allergie mineure	☐ Autre(s), précisez : _____	
☐ Connu asthmatique	☐ Pompes : _____	
MÉDICAMENTS PRESCRITS ET DOSAGE		
☐ Épipen ☐ Autres, précisez : _____		
AUTO-INJECTEUR		
Est-ce que l'élève est capable de s'auto-administrer son épinéphrine?		
☐ Oui	☐ Non	☐ Ne sait pas
☐ Avec l'aide de, précisez : _____		
Démonstration de l'auto-injection?		
☐ Oui	☐ Non	
Est-ce que l'élève est en mesure de conserver son auto-injecteur avec lui?		
☐ Oui	☐ Non (sera conservé à l'école, endroit : _____)	
Lors des sorties?		
☐ Oui	☐ Non (sera apporté par un accompagnateur adulte)	
CONNAISSANCES ET RÉACTIONS EN REGARD DE L'ALLERGIE		
Est-ce que l'élève connaît les symptômes d'une réaction allergique sévère?		
☐ Oui	☐ Non	
Est-ce que l'élève connaît les mesures d'évitement de l'allergène?		
☐ Lit les étiquettes	☐ S'informe des ingrédients	☐ N'échange pas de nourriture
Est-ce que l'élève porte un bracelet de type MedicAlert?		
☐ Oui	☐ Non	
ENVIRONNEMENT PHYSIQUE		
Est-ce que l'élève mange à la cafétéria / utilise le service de traiteur?	☐ Oui	☐ Non
Est-ce que l'élève va au service de garde?	☐ Oui	☐ Non
Est-ce que l'élève utilise le transport scolaire?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, parent avisé d'informer le chauffeur	☐ Oui	
ÉLÈVE CONSIDÉRÉ À RISQUE D'ALLERGIE SÉVÈRE?		
☐ Oui (s'assurer que le milieu scolaire est avisé) ☐ Non		
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES		

Signature de l'infirmière : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

MISE À JOUR	
Signature de l'infirmière : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____	