

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ÉVALUATION EN SOINS INFIRMIERS ÉPILEPSIE - MILIEU SCOLAIRE

École : _____

Consigne : *Se référer à la RSI-6012 Intervention des infirmières et non professionnels auprès des élèves en milieu scolaire qui présentent des crises d'épilepsie nécessitant une intervention d'urgence*

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE	
Diagnostiqué depuis : _____ aaaa/mm/jj	Type de crises : ☐ Crise partielle (non convulsive) ☐ Crise généralisée (convulsive)
Origine médicale si connue : _____	
Fréquence des crises : _____	Dernière crise survenue le : _____ aaaa/mm/jj
Médecin traitant / coordonnées : _____	
Médication : Prise à l'école : ☐ Oui ☐ Non (Si oui, assurer le suivi avec l'école selon la politique)	
Nom, dosage, fréquence : _____	
Nom, dosage, fréquence : _____	
Effets secondaires : ☐ Oui ☐ Non Spécifiez : _____	
Autre(s) traitement(s) (ex. : chirurgie, diète) : _____	
Autre(s) problème(s) de santé : _____	

GESTION DE L'ÉPILEPSIE AU QUOTIDIEN		
Est-il probable que des crises surviennent à l'école?	☐ Oui	☐ Non
Y a-t-il des éléments déclencheurs aux crises? (stroboscope, bruit, stress?)	☐ Oui	☐ Non
Précisez : _____		
Est-ce que l'élève peut reconnaître les situations qui déclenchent les crises?	☐ Oui	☐ Non
Est-ce que l'école est informée?	☐ Oui	☐ Non
Si non : Le parent doit informer le personnel scolaire et il est recommandé de fournir des vêtements de rechange au besoin (si possibilité d'incontinence)		
Lors d'une crise, est-ce qu'il y a des mesures particulières à prendre?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, précisez : _____		
→ Il est recommandé de porter un bracelet d'identification médicale		

ACTIVITÉS - LOISIRS	
Est-ce qu'il y a des activités à éviter? (ex. : baignade, escalade, jeux en hauteur)	☐ Oui ☐ Non
Si oui, précisez : _____	

RESSOURCES	
Spécifiez si l'enfant reçoit des services professionnels : _____	

Nom, Prénom :

Dossier :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- ♦ Si l'enfant utilise le transport scolaire, le parent doit aviser le chauffeur.
- ♦ Si particularités, un [plan d'urgence individualisé](#) doit être complété.

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

MISE À JOUR ANNUELLE

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

MISE À JOUR ANNUELLE

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

MISE À JOUR ANNUELLE

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

MISE À JOUR ANNUELLE

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

MISE À JOUR ANNUELLE

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

MISE À JOUR ANNUELLE

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