

# PLAN INDIVIDUEL DE PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME DE L'ÉLÈVE

Logo du conseil scolaire

Apposer la photo de l'élève ici

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Numéro d'immatriculation scolaire : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Niveau : \_\_\_\_\_ Enseignant : \_\_\_\_\_

## Contacts en cas d'urgence (liste de priorité de contact):

Nom	Lien avec l'élève	Téléphone (jour)	Autre n° de téléphone
1. _____			
2. _____			
3. _____			

## DÉCLENCHEURS CONNUS DE L'ASTHME

- Rhume/grippe/maladie  Activité/exercice physique  Animaux  Fumée de cigarette  Pollen  
 Moisissure  Poussière  Temps froid  Odeurs fortes  Allergies (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Anaphylaxie (préciser l'allergie) : \_\_\_\_\_  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

Directives pour éviter les déclencheurs de l'asthme : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## UTILISATION DE L'INHALATEUR DE SOULAGEMENT À L'ÉCOLE ET LORS DES SORTIES SCOLAIRES

L'inhalateur de soulagement est un médicament à action rapide (souvent bleu) utilisé en présence de symptômes d'asthme. L'inhalateur de soulagement doit être administré :

- lorsque l'élève ressent des symptômes d'asthme (difficulté à respirer, toux, respiration sifflante).  
 autre moment (expliquer) : \_\_\_\_\_

Administrer l'inhalateur de soulagement \_\_\_\_\_ à raison de \_\_\_\_\_.  
(Nom du médicament) (Nombre d'inhalations)

Tube d'espacement (chambre d'inhalation munie d'une valve) requis?  Oui  Non 

Cocher le type d'inhalateur de soulagement que prend l'élève :

- Salbutamol (ex. Ventolin)   Airomir   Ventolin   Bricanyl   Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

- L'élève a besoin d'aide pour **avoir accès** à son inhalateur de soulagement. L'enseignant ou le surveillant doit y **avoir accès facilement**.

L'inhalateur de soulagement se trouve :

- auprès de l'enseignant ou du surveillant (endroit) : \_\_\_\_\_  
 dans le casier no : \_\_\_\_\_ combinaison du casier : \_\_\_\_\_  
 autre endroit (préciser) : \_\_\_\_\_

- L'élève aura son inhalateur sur lui en tout temps (récréation, gymnase, activités extérieures et sorties scolaires).

L'élève transporte son inhalateur de soulagement :

- dans ses poches  
 dans son sac à dos ou sa sacoche de ceinture  
 dans un boîtier ou une pochette  
 autre endroit (préciser) : \_\_\_\_\_

L'élève a-t-il besoin d'aide pour **prendre** son inhalateur de soulagement?  Oui  Non

- Un inhalateur de soulagement **de réserve** se trouve :

- au secrétariat (préciser l'endroit) : \_\_\_\_\_  
 dans le casier no : \_\_\_\_\_ combinaison du casier : \_\_\_\_\_  
 autre endroit (préciser) : \_\_\_\_\_

## UTILISATION DES MÉDICAMENTS DE PRÉVENTION À L'ÉCOLE ET LORS DES SORTIES SCOLAIRES

Les médicaments de prévention se prennent régulièrement et généralement tous les jours pour maîtriser l'asthme. Ils se prennent généralement le matin et le soir pour ne pas avoir à les apporter à l'école (à moins que l'élève ne participe à une activité où il doit découcher).

Prendre/administrer \_\_\_\_\_ à raison de \_\_\_\_\_ aux moments suivants : \_\_\_\_\_.  
(Nom du médicament)

Prendre/administrer \_\_\_\_\_ à raison de \_\_\_\_\_ aux moments suivants : \_\_\_\_\_.  
(Nom du médicament)

Prendre/administrer \_\_\_\_\_ à raison de \_\_\_\_\_ aux moments suivants : \_\_\_\_\_.  
(Nom du médicament)

## CONSENTEMENT POUR QUE L'ÉLÈVE AIT SUR LUI ET S'AUTOADMINISTRE SES MÉDICAMENTS CONTRE L'ASTHME

Nous acceptons que \_\_\_\_\_ :  
(Nom de l'élève)

- puisse **avoir sur lui** ses médicaments d'ordonnance et dispositifs d'administration contre l'asthme à l'école et lors des sorties scolaires.  
 puisse **s'autoadministrer** ses médicaments d'ordonnance et dispositifs d'administration contre l'asthme à l'école et lors des sorties scolaires.  
 **ait besoin d'aide** pour prendre ses médicaments d'ordonnance et dispositifs d'administration contre l'asthme à l'école et lors des sorties scolaires.

- Nous informerons l'école de tout changement relatif à la médication ou au dispositif d'administration. Les médicaments **ne peuvent pas** dépasser la date limite d'utilisation.

Nom du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_

N<sup>OS</sup> de téléphone du parent ou tuteur :

Jour : \_\_\_\_\_ Soir : \_\_\_\_\_ Cell. : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Signature du parent ou tuteur : \_\_\_\_\_ Signature de l'élève : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## EXAMEN DU PLAN

Examen optionnel par le fournisseur de soins (p. ex., pharmacien, thérapeute respiratoire, éducateur certifié dans le domaine de l'asthme, éducateur certifié dans le domaine respiratoire, infirmière, médecin ou autre clinicien qui exerce dans ce champ d'activité) :

Apposer les étiquettes d'ordonnance ici

Nom du fournisseur de soins : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

### Nom des membres du personnel ayant une formation en premiers soins

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Nom du directeur de l'école : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

---

Cette publication est disponible en version électronique conforme à la *Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario (LAPHO)* à l'adresse [www.on.lung.ca/resources](http://www.on.lung.ca/resources).

Financé par le gouvernement de l'Ontario



Ligne d'information sur la santé pulmonaire :

**1-888-344-5864**

Personnel composé d'éducateurs respiratoires certifiés

Courriel : [info@on.lung.ca](mailto:info@on.lung.ca) • [www.on.lung.ca](http://www.on.lung.ca)

[www.ophea.net](http://www.ophea.net)  
[www.asthmainchools.com](http://www.asthmainchools.com)