

PLAN D'ACTION CONTRE L'ANAPHYLAXIE

Veuillez noter que ce formulaire expire au bout d'un an.

Nom du patient (nom de famille, prénom, deuxième prénom)		Date de naissance	Date d'expiration du Plan d'action
Poids du patient :		Antécédents d'asthme : Y/N	Classe
Allergies graves connues du patient :			
☐ Si cette case est cochée, administrer immédiatement de l'épinéphrine si l'allergène a été VRAISEMBLABLEMENT mangé/inhalé/touché, pour TOUT symptôme.		☐ Si cette case est cochée, administrer immédiatement de l'épinéphrine si l'allergène a été SANS AUCUN DOUTE mangé/inhalé/touché, même si aucun symptôme n'est apparent.	
Médicament : ☐ Epi Pen Jr. (0.15 mg) ☐ Epi Pen (0.3 mg) ☐ Autre : _____		Zone d'injection : ☐ Cuisse ☐ Autre : _____	
POUR PRÉVENIR L'ANAPHYLAXIE, ADMINISTRER UNE INJECTION PUIS APPELER LE 911 *Les symptômes disparaissent généralement immédiatement après l'administration de la première dose. Si les symptômes ne disparaissent pas après 4 à 6 minutes, ou si les symptômes disparaissent puis réapparaissent, administrer une deuxième dose*			
fournisseur de soins de santé		Numéro de téléphone du médecin	
Nom du parent/tuteur		Numéro de téléphone du parent/tuteur	
Contacts en cas d'urgence	Numéro personnel	Numéro professionnel	Numéro de téléphone portable
1.			
2.			
3.			

PLAN D'ACTION CONTRE L'ANAPHYLAXIE

SURVEILLER L'APPARITION DES SYMPTÔMES SUIVANTS :



NEZ

Démangeaisons nasales, éternuements



BOUCHE

Irritation de la bouche



PEAU

Quelques cas d'urticaire, démangeaisons légères



VENTRE

Légères nausées/malaises

Suivez ces 4 étapes simples pour administrer l'auto-injecteur EpiPen® à partir du tube porteur :



Étape 1.
Retirer du tube porteur.



Étape 2.
Retirer le bouchon de sécurité bleu en le tirant vers le haut.



Étape 3.
Faire pivoter l'auto-injecteur dans la cuisse jusqu'à ce que l'extrémité orange rencontre la cuisse et qu'un clic sonore se fasse entendre.



Étape 4.
Maintenir fermement l'auto-injecteur en place pendant 10 secondes. Retirer l'auto-injecteur et masser la zone d'injection

Si vous êtes un parent ou un tuteur :

1. Administrer EpiPen® ou EpiPen® Jr. à travers les vêtements si nécessaire, appeler le 911, rester avec l'enfant et observer si les symptômes disparaissent.
2. Si les symptômes ne disparaissent pas en 4 à 6 minutes ou s'ils réapparaissent, administrer une deuxième dose d'EpiPen.
3. Composer le 911
4. Appeler les personnes à contacter en cas d'urgence (voir ci-dessus)
5. Remettre le(s) auto-injecteur(s) utilisé(s) de l'élève à l'équipe d'intervention d'urgence dès son arrivée.

Si vous êtes membre du personnel de l'école :

1. Administrer EpiPen® ou EpiPen® Jr. à travers les vêtements, si nécessaire.
2. Rester avec l'enfant et surveiller les changements
3. Composer le 911
4. Appeler les personnes à contacter en cas d'urgence (voir ci-dessus)

Seuls quelques signes et symptômes peuvent être observés. La gravité des symptômes peut rapidement varier. Certains symptômes peuvent être mortels. Les signes et symptômes sont les suivants :

- Difficultés respiratoires, respiration sifflante
- Voix rauque, difficulté à parler
- Urticaire/éruption cutanée avec rougeurs et démangeaisons
- Enflure du visage, des lèvres, de la bouche, de la langue
- Vertiges, évanouissement, perte de conscience
- Douleurs d'estomac, vomissements, diarrhée
- Palpitations

Autres choses à faire :

- Contacter le personnel de santé pour lui communiquer des informations actualisées sur les allergies connues, dans le cas où de nouvelles allergies seraient découvertes
- Administrer d'autres médicaments après l'épinéphrine : par exemple un antihistaminique, si la personne a une respiration sifflante
- Allonger la personne, surélever ses jambes et la maintenir au chaud. Si la personne a du mal à respirer ou si elle vomit, la faire s'asseoir ou la coucher sur le côté

PLAN D'ACTION CONTRE L'ANAPHYLAXIE

- Transporter la personne aux urgences, même si les symptômes disparaissent. La personne doit rester aux urgences pendant au moins 4 heures, car les symptômes peuvent réapparaître
- Contacter immédiatement le fournisseur de soins primaires pour connaître les prochaines étapes à suivre
- Remplacer les injecteurs Epi-Pens utilisés et soumettre les formulaires appropriés de l'école (c'est-à-dire les formulaires d'administration de médicaments et de traitement, etc.)

PLAN D'ACTION CONTRE L'ANAPHYLAXIE

Points à prendre en compte par le fournisseur de soins primaires :

- Administrer d'autres médicaments après l'épinéphrine : par exemple un antihistaminique, si la personne a une respiration sifflante.
- Allonger l'élève, surélever ses jambes et le maintenir au chaud. S'il a du mal à respirer ou s'il vomit, le faire s'asseoir ou le coucher sur le côté.
- Veiller à ce que l'équipe d'intervention d'urgence transporte l'élève aux urgences, même si les symptômes disparaissent. L'élève doit rester aux urgences pendant au moins 4 heures, car les symptômes peuvent réapparaître.
- Si l'auto-injecteur d'épinéphrine sous-mentionné a été administré, suivre les protocoles et contacter le Bureau du surintendant d'État à l'éducation pour le remplacer.
- Contacter le personnel du service de santé pour lui communiquer des informations actualisées sur les allergies. Cela devrait nécessiter la soumission d'un NOUVEAU plan d'action par le fournisseur de soins - DC Health

CONSENTEMENT À LA PRISE DE MÉDICAMENTS À L'ÉCOLE ET ORDONNANCE DU FOURNISSEUR DE MÉDICAMENTS :

Initiales du fournisseur de soins de santé

- ☐ _____ Cet élève a été formé et est capable de s'administrer lui-même de l'épinéphrine auto-injectable.
- Où se trouve l'Epi-Pen ? _____ (autoportée par l'élève, dans la salle des infirmiers ou _____ autre)

- ☐ _____ Cet élève est autorisé à s'administrer lui-même de l'épinéphrine auto-injectable.

Signature du fournisseur de soins de santé

Date

- ☐ _____ Cet élève n'est pas autorisé à faire de l'automédication.

- ☐ En tant que parent/tuteur, j'autorise par la présente un membre du personnel de l'école formé à administrer des médicaments à l'élève.
- ☐ En tant que parent/tuteur, j'autorise cet élève à avoir en sa possession et à s'administrer lui-même des médicaments.

Je reconnais que le district, l'école, son personnel et ses représentants sont exonérés de toute responsabilité civile pour tout acte ou omission en vertu de la loi 17-107 du District de Columbia, sauf en cas d'acte criminel, de faute intentionnelle, de négligence grave ou d'inconduite délibérée

Signature du parent/tuteur

Date