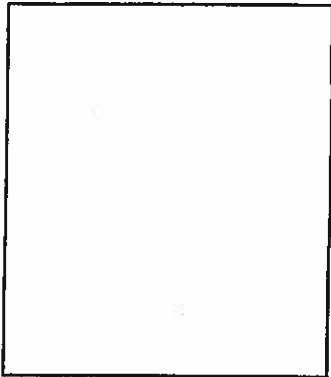


Plan d'urgence Anaphylaxie : _____

(Nom)

Cet enfant a une allergie potentiellement mortelle (anaphylaxie) :



- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arachides _____ | <input type="checkbox"/> Latex _____ |
| <input type="checkbox"/> Tree Nuts _____ | <input type="checkbox"/> Médicament _____ |
| <input type="checkbox"/> Œufs _____ | <input type="checkbox"/> Piqûre d'insectes _____ |
| <input type="checkbox"/> Lait _____ | <input type="checkbox"/> Autres _____ |

Nourriture : la clé à la prévention d'un cas d'urgence anaphylactique est d'éviter impérativement l'allergène. Les personnes avec des allergies alimentaires ne devraient pas partager la nourriture ou manger de la nourriture non identifiée / des produits alimentaires en vrac ou des produits avec l'avertissement "peuvent contenir".

Auto-Injecteur Epinephrine ("EpiPen"): Date d'expiration _____

Lieu où se trouve l'Auto-Injecteur : _____

Dosage:
 EpiPen Jr 0.15mg EpiPen 0.30mg
 Twinject 0.15mg Twinject 0.30mg

- Un enfant asthmatique est en plus grand risque. Si l'enfant a une réaction et a des difficultés à respirer, il faut administrer l'auto-injecteur epinephrine avant de donner les médicaments pour l'asthme.

Une personne ayant une réaction anaphylactique pourrait avoir N'IMPORTE LEQUEL des symptômes suivants :

- **Peau** : ruches, enflures, démangeaison, chaleur, rougeur, éruptions
- **Respiratoire (Respiration)** : râlements, essoufflement, serrement de gorge, toux, voix rauque, douleurs / serrement de la poitrine, congestion nasale ou symptômes semblables au rhume des foins (nez qui démange et yeux larmoyants, éternuements), difficultés d'avaler
- **Gastro-intestinal (estomac)** : nausée, douleurs / crampes, vomissements, diarrhée
- **Cardiovasculaire (cœur)** : faible pulsation, couleur bleu pâle, évanouissements, vertiges, choc céphalique léger
- **Autres** : anxiété, maux de tête, sentiment de "perte menaçante"

Une reconnaissance précoce des symptômes suivi d'un traitement immédiat pourrait sauver la vie.

Agissez rapidement. Les premiers signes d'une réaction peuvent être légers, mais les symptômes peuvent rapidement empirer :

- 1) Administrez l'auto-injecteur au premier signe d'une réaction qui apparaît en rapport avec un contact connu ou soupçonné avec l'allergène. Donnez une deuxième dose dans 10 - 15 minutes ou plus tôt si la réaction continue ou empire.
- 2) Appelez le 911 : Dites-leur qu'un enfant est en train d'avoir une réaction allergique potentiellement mortelle - utilisez le mot "anaphylactique". Demandez une ambulance immédiatement.
- 3) Appelez la personne de contact
- 4) Accompagnez l'enfant dans l'ambulance et restez avec lui jusqu'à ce que le parent arrive.

Plan d'urgence Anaphylaxie

Adresse de l'enfant : _____

Date de naissance : _____

Téléphone domicile : _____

Plan d'action d'urgence : (à être rempli par le parent)

Rôles et responsabilités du personnel de la garderie:

- ◊ Adhérer aux politiques anaphylactiques
- ◊ Le personnel ferait une vérification pour confirmer si l'enfant avait les médicaments requis avec lui avant chaque transition (ex : transférer de la salle de classe au gymnase, sortir pour l'école, etc.)
- ◊ Administrer les médicaments selon les procédures énumérées dans le Plan d'Urgence Individuel de l'enfant
- ◊ Le personnel doit rester calme
- ◊ Le personnel se fera faire un compte-rendu
- ◊ Un rapport écrit doit être rempli par le personnel ayant affaire avec le cas d'urgence
- ◊ Le formulaire d'incident grave doit être rempli

Consentement des parents

Je _____ soussigné reconnait ma participation dans l'élaboration du présent Plan d'Urgence et consent à prendre les responsabilités liées aux engagements parentaux y énumérés.

Je donne mon consentement au personnel de la Garderie Du Soleil Levant" dans la mise en œuvre des engagements relatifs à la protection de l'enfance comme décrits dans le plan.

En cas d'urgence, j'autorise le personnel de la garderie à administrer les médicaments prévus et obtenir de l'aide médicale. Je consens à assumer tous les coûts associés aux traitements médicaux et dégage la responsabilité de la garderie, de ses employés, étudiants et bénévoles de toute réaction négative résultant de l'administration des médicaments.

Signature du parent: _____

Date: _____

DOIT ÊTRE RÉVISÉ ANNUELLEMENT

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom	Relation	Numéros de téléphone		
		domicile	Travail	Cellulaire

Le parent ou le gardien /tuteur soussigné autorise n'importe quel adulte d'administrer l'épinéphrine à l'enfant susmentionné en cas d'une réaction anaphylactique, comme décrit ci-dessus. Cette procédure a été recommandée par le médecin de l'enfant. Je consens aussi à l'affichage de ce plan dans chaque local exploité _____ et au partage de ces informations avec tout le personnel, les étudiants et les bénévoles. Je consens aussi à ce que mon enfant porte son propre "Epi-pen".

X _____
Signature du Parent/Tuteur

Date

Signature du médecin

Date