Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Québec

Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles

Commission scolaire des Affluents

Fiche urgence-santé 2017-2018

École : _____

Nom de l'élève : _____ **Prénom :** _____

Niveau : _____ **Groupe:** _____ Date de naissance : _____/_____/_____ Sexe : ❑ F ❑ M

N^O assurance-maladie (Année Mois Jour) |__|__|__|__||__|__|__|__||__|__|__|__| **Date d'expiration :** _____/_____/ (carte d'assurance-maladie) (Année Mois)

Restriction de la cour ❑ Non ❑ Oui Avez-vous remis le document relatif à la restriction? ❑ Oui ❑ Non

---

L'enfant demeure avec : ❑ ses 2 parents ❑ parent 1 ❑ parent 2 ❑ garde partagée ❑ tuteur

Personne à contacter en cas d'urgence: _____ ☎ (Rés./bur./cell./paget): _____

Lien avec l'enfant : _____

Nom du parent 1 : _____ ☎ Rés.:_____ ☎ Autres (bur./cell./paget): _____

Nom du parent 2 : _____ ☎ Rés.:_____ ☎ Autres (bur./cell./paget): _____

Courriel parent 1 : _____ Courriel parent 2 : _____

VOTRE ENFANT POURRAIT-IL ÊTRE À RISQUE DE NÉCESSITER DES SOINS MÉDICAUX D'URGENCE (EX : TRANSPORT AMBULANCIER) COMPTE-TENU D'UN PROBLÈME DE SANTÉ GRAVE TEL QUE :

❑ **Allergie avec auto injecteur d'épinéphrine prescrit** : ❑ porté sur l'enfant ❑ et/ou armoire au commun

Allergène : _____

*Allergie à une médication :_____(Cette information est utile lors d'un transport en ambulance).

*** Pour tous les élèves allergiques, un bracelet identifiant l'allergène est fortement recommandé.**

❑ **Diabète** ❑ **Médication prescrite :** _____

❑ **Épilepsie** ❑ **Médication prescrite :** _____

*Changement au niveau de son épilepsie depuis l'an dernier : ❑ non ❑ oui préciser : _____

❑ **Problématique respiratoire** *(ex : asthme…)* **avec inhalateur prescrit** :

*****Inhalateur conservé à portée de l'enfant : ❑ sac d'école ❑ pochette à la taille ❑ armoire au commun

*Changement au niveau de sa problématique respiratoire depuis l'an dernier : ❑ non ❑ oui

préciser :_____

❑ **Autre problématique de santé pouvant nécessiter des soins particuliers à l'école** *ex :cathétérisme* **... :**

_____

J'autorise à ce que les informations inscrites sur cette fiche soient transmises au besoin à l'infirmière et aux membres du personnel de l'école.

_____ _____

Signature du parent ou tuteur Date

_____ _____

Signature du jeune de 14 ans et plus Date

S.V.P. VEUILLEZ AVISER L'ÉCOLE DE TOUT CHANGEMENT DANS L'ÉTAT DE SANTÉ DE VOTRE ENFANT EN COURS D'ANNÉE SCOLAIRE.

Espace réservé au personnel infirmier

Source: *Fiche urgence-santé de la Montérégie - Avril 2002*
Adaptée par : Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière – avril 2016
Révisée par : Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière – mars 2017