

Fiche urgence-santé

Renseignements complémentaires

(à remplir seulement si l'élève a un problème de santé qui peut nécessiter une intervention d'urgence à l'école)

L'état de santé de l'élève a-t-il changé depuis l'an passé : Oui Non

L'élève présente-t-il :

ALLERGIE SÉVÈRE :	➤ Alimentaire :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	ASTHME <input type="checkbox"/>
	➤ Piqûres d'insectes :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
	➤ Autre	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez : _____				
Médicament d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	EpiPen ou Twinject ou Allerject :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Non <input type="checkbox"/>	Autre :	_____	

DIABÈTE :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Médicament d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	Lequel ? : _____
	Non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Plan d'urgence :	_____	
Autre précision en cas d'urgence (hypoglycémie ou autre) :	_____	

AUTRES : L'élève présente-t-il un autre problème de santé pouvant nécessiter une intervention d'urgence à l'école ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez : _____		

Recommandation médicale d'urgence :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez : _____		

J'accepte que les informations inscrites ci-dessus soient conservées de façon confidentielle par le CSSS et j'autorise l'infirmière à les communiquer, au besoin, aux membres du personnel de l'école qui pourraient avoir à intervenir en situation d'urgence.		
_____	Date : ____ / ____ / ____	
Signature du parent, tuteur ou jeune de 14 ans ou plus	Année	Mois Jour

Changements/évolution dans la condition de santé :

