

ANNEXE 1 AUTORISATION ET ACCEPTATION DU PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DE L'ÉPINÉPHRINE

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant: _____

Date de naissance ___ / ___ / ___ Âge : ___ ans

Parc : _____

Groupe : _____

Nom de l'animateur : _____

AUTORISATION ET ACCEPTATION DU PROTOCOLE D'ADMINISTRATION DE L'ÉPINÉPHRINE LORS DE RÉACTION ALLERGIQUE SÉVÈRE DE TYPE ANAPHYLACTIQUE

J'accepte les termes de ce protocole d'administration de l'épinéphrine relatif au risque de choc anaphylactique dû à une allergie sévère et j'autorise son application.

Je m'engage à fournir la médication requise et à m'assurer de la qualité du médicament. Lors de la réception du protocole d'administration de l'épinéphrine, l'animateur s'assurera que l'enfant a en sa possession l'épinéphrine. Le protocole d'administration de l'épinéphrine entrera en vigueur à ce moment.

Signature de l'autorité parentale Date

La présente signature est valable jusqu'à révocation écrite de l'une ou l'autre des parties.

ANNEXE 2 IDENTIFICATION DE L'ENFANT ALLERGIQUE

À afficher dans un endroit stratégique

IDENTIFICATION ET INFORMATIONS

Nom et prénom de l'enfant _____

Date de naissance ___/___/___ Âge _____ ans

Parc _____ Groupe _____

Nom de moniteur _____

No d'assurance maladie _____

Nom et prénom du père _____

Nom et prénom de la mère _____

Nom et prénom du tuteur légal [s'il y a lieu] _____

Placer la photo
de l'enfant ici

Père (Rés.) _____ (Bur.) _____ (Cell.) _____

Mère (Rés.) _____ (Bur.) _____ (Cell.) _____

[facultatif]

Tuteur (Rés.) _____ (Bur.) _____ (Cell.) _____

En l'absence des parents, autres personnes à joindre en cas d'urgence

Nom _____ Lien _____ Tél.1 _____ Tél.2 _____

Nom _____ Lien _____ Tél.1 _____ Tél.2 _____

INFORMATIONS SUR L'ALLERGIE

Allergie à

SIGNES ET SYMPTÔMES OBSERVABLES LORS DE RÉACTIONS ALLERGIQUES

Difficultés respiratoires

Faiblesse/perte de conscience

Réaction cutanée

Respiration bruyante, voix rauque

Pouls rapide et faible

Enflure localisée

Toux persistante

Étourdissement

Plaques (urticaire)

Congestion nasale

Pâleur et sueurs froides

Rougeurs

Peau bleutée (cyanose)

Altération du niveau de conscience

Démangeaisons

Sensation d'étouffement

Autres _____

Autres _____

Difficulté à avaler

MÉDICATION

Médicament : _____ Exp : _____

Junior 0,15 mg

Adulte 0,30 mg

Lieu d'entreposage : _____

Complété par _____ Date _____

ANNEXE 3 COLLECTE DE DONNÉES

Informations à l'intention du moniteur

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : ___/___/___

INFORMATIONS SUR L'ALLERGIE

Allergie à

1. Par quel contact l'enfant est-il allergique ? (cocher toutes les affirmations qui répondent à votre situation)

- En touchant la substance allergène Après en avoir mangé
 En inhalant l'odeur

2. Quel est le temps écoulé entre le contact avec la substance et le début des réactions ?

3. Quels sont les signes et symptômes observables lors de réactions allergiques ?

Difficultés respiratoires

Faiblesse/perte de conscience

Réaction cutanée

Respiration bruyante, voix rauque

Pouls rapide et faible

Enflure localisée

Toux persistante

Étourdissements

Plaques (urticaire)

Congestion nasale

Pâleur et sueurs froides

Rougeurs

Peau bleutée (cyanose)

Altération du niveau de conscience

Démangeaisons

Sensation d'étouffement

Autres _____

Autres _____

Difficulté à avaler

4. Quelles démarches ont été entreprises suite à la première réaction ?

5. Avez-vous consulté ? Oui Non

Si oui, à quel endroit _____

6. Quel est le nom du ou des médecin(s) traitant(s) de votre enfant ?

Nom _____ Lieu _____

Nom _____ Lieu _____

MÉDICATION

7. Après l'évaluation de la réaction allergique, quel est le traitement médical suggéré ?

(cocher toutes les affirmations qui répondent à votre situation)

- Remise d'une prescription d'adrénaline
- Remise d'une prescription d'antihistaminique
- Aucun traitement
- Tests d'allergie
- Référence à un allergologue
- Autre traitement
- Je ne sais pas

8. Médicament : _____ Date d'expiration ___/___/___

Junior 0,15 mg

Adulte 0,30 mg

Lieu d'entreposage : _____

9. Avez-vous des questions ou commentaires ? _____

Complété par : _____ Date ___/___/___