

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : _____

Médicaments de secours contre l'asthme :

Voir le **plan d'action contre l'asthme** ci-joint :

Veillez suivre le plan de traitement détaillé dans la zone verte pour le traitement en cas d'activités/exercices physiques et le plan de médicaments de secours pour les zones, jaune et rouge en fonction des symptômes de l'asthme. Les médicaments de secours incluent : albutérol, levalbutérol, budésonide/formotérol, mométasone/formotérol, et peuvent aussi inclure une inhalation de stéroïdes en association avec de l'albutérol ou du levalbutérol.

Les effets secondaires courants de ces médicaments de secours comprennent : augmentation de la fréquence cardiaque et respiratoire, nervosité, infection buccale. Veuillez vous rincer la bouche après usage. Dose maximale de budésonide/formotérol ou de mométasone/formotérol par jour : 8 inhalations (<12 ans), 12 inhalations (>12 ans).

L'élève peut emporter et utiliser seul(e) son inhalateur

Un traitement avant l'activité, y compris avant l'éducation physique/la récréation, doit être administré :

Pour toutes les activités Seulement lorsque l'enfant ou le personnel de l'école pense qu'il/elle en a besoin

Si un élève se trouve dans la zone rouge, administrez-lui immédiatement le traitement de secours et appelez le 911. Veuillez suivre les plans d'urgence de l'école, conformément à la politique de l'école/du système scolaire.

Médicaments de contrôle :

Seuls les médicaments de contrôle ou stéroïdes suivants doivent être administrés à l'école :

	Dose matin	Dose après-midi

S'ils ne figurent pas sur le plan d'action contre l'asthme :

Éléments déclencheurs :

Les éléments déclencheurs spécifiques à l'école sont les suivants : _____

Gravité de l'asthme : Intermittent Léger Persistant Modérément persistant Gravement persistant
 Il/elle a eu des crises/exacerbations d'asthme nombreuses ou graves.

Veillez contacter le prestataire de soins de l'asthme indiqué ici pour toute question ou préoccupation concernant ces ordonnances, ou si l'élève ne dispose pas de médicaments adéquats/corrects à l'école.

Nom en caractères d'imprimerie et coordonnées du prestataire de soins de l'asthme :

Signature du prestataire de soins de l'asthme :

Date :

Autorisation du parent/tuteur : J'autorise que les médicaments énumérés dans le plan d'action contre l'asthme soient administrés à l'école par l'infirmier/ère ou d'autres membres de l'école, conformément à la politique de l'école. Je consens à ce que le prestataire de soins de santé/clinique prescripteur, l'infirmier/ère scolaire et le conseiller médical de l'école partagent les informations médicales nécessaires à la gestion de l'asthme et à l'administration de ce médicament.

Signature des parents/tuteur :

Date :

Réservé à l'établissement scolaire : L'infirmier/ère scolaire accepte que l'élève utiliser seul(e) ses inhalateurs

L'infirmier/ère scolaire a reçu/signé :

Date :

Veillez renvoyer une copie signée au prestataire à l'adresse indiquée ci-dessus.