

L'ETAT DE LA LOUISIANE

INFORMATION SUR LA SANTÉ

À COMPLETER PAR LE PARENT/RÉSPONSABLE LÉGAL CHAQUE ANNÉE SCOLAIRE

PARTIE 1: À COMPLETER PAR LE PARENT OU RÉSPONSABLE LÉGAL. Le parent ou responsable légal devra participer dans la mise en place d'un Plan Individuel de Santé si besoin. Ajouter les pages nécessaires pour clarifier.

École précédente:	Classe:
-------------------	---------

NOM D'ÉLÈVE:	Nom	Prénom(s)
---------------------	-----	-----------

Date de naissance:	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	État et pays de naissance:
--------------------	--	----------------------------

Adresse:	Ville:	État:	Code postal:
----------	--------	-------	--------------

Adresse physique:	Ville:	État:	Code postal:
-------------------	--------	-------	--------------

Nom de la mère ou responsable légal:	Numéro fixe: ()	Numéro travail: ()	Numéro portable ()	Employeur:
--------------------------------------	---------------------	------------------------	------------------------	------------

Nom du père ou responsable légal:	Numéro fixe: ()	Numéro travail: ()	Numéro portable: ()	Employeur:
-----------------------------------	---------------------	------------------------	-------------------------	------------

Médecin traitant de l'enfant:	Médecins spécialistes de l'enfant:
-------------------------------	------------------------------------

Signature du parent/responsable légal	Date
---------------------------------------	------

Type d'assurance médicale: <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Medicaid/LaCHIP <input type="checkbox"/> Aucune
--

S'il y n'a pas d'assurance médicale, souhaitez vous recevoir des informations sur la couverture non payante ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

En cas d'urgence, contactez les personnes suivantes si les parents ou responsables légaux ne sont pas disponibles :	
Prénom, nom	Numéro téléphone ()

Mon enfant a une condition médicale, mentale, ou de comportement qui pourrait perturber le déroulement de la journée scolaire :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (si oui, completez la partie 2)
---	------------------------------	--

PARTIE 2: COMPLETEZ AVEC LES INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ENFANT. Le parent/responsable légal doit s'assurer que l'enfant dispose de ses médicaments, de nourriture correspondant à ses contraintes alimentaires ou bien du matériel spécifique dont-il a besoin pendant l'intégralité de la journée scolaire. Contactez l'infirmière pour obtenir les formulaires médicales.

ALLERGIES Type d'allergie:

Nourriture (listez les aliments) _____
 Picures d'insectes (listez type(s) d'insecte(s)) _____
 Médicaments (listez les médicaments) _____
 Autres (listez) _____

Réactions: (Date de dernière occurrence)

<input type="checkbox"/> Toux : (Date _____)	<input type="checkbox"/> Urticaire : (Date _____)	<input type="checkbox"/> Rougeurs : Date _____)
<input type="checkbox"/> Difficulté à respirer : (Date _____)	<input type="checkbox"/> Gonflement locale : (Date _____)	<input type="checkbox"/> Respiration sifflant : Date _____)
<input type="checkbox"/> Gonflement générale : (Date _____)	<input type="checkbox"/> Nausée : (Date _____)	<input type="checkbox"/> Autre : Date _____)

Médicaments et traitements actuels :

Antihistaminique Orale (Benadryl, etc.) Epi-pen Autre

ASTHME

Déclancheurs : Environnementale : tabac, poussière, animaux, pollen, etc.) (enlister) _____ Autres (enlister) _____
 Les symptômes de l'asthme apparaissent pendant l'effort physique ? Non Oui

Symptômes : Malaise, douleurs à la poitrine Difficulté à respirer Toux Respiration sifflant Autre _____

Médicament ou traitements prises avec ordonnance : _____

Dernière hospitalisation lié à l'asthme: _____ Dernière visite à l'hôpital lié à l'asthme _____
 Votre enfant a un plan mis en place pour gérer l'asthme ? Non Oui

Vous utilisez le débit expiratoire de pointe ? Non Oui

DIABÈTE**Médicaments pris actuellement avec ordonnance:**

- Insuline Seringue Médicaments par voie orale
 Prise de glycémie Epi-Pen Liste de médicaments
 Glycogène Pompe à insuline

L'enfant a besoin d'une horaire spéciale pour manger ou pour faire du sport ? Non Oui

 CRISES D'ÉPILEPSIE

Type de crises :

- Absence (ne réagit pas) Complexe Partiel Convulsif
 Autre (expliquer en détail) _____

Restrictions en EPS

- Non Oui

Médicaments: Non Oui Listez les médicaments : _____

Date de dernière crise d'épilepsie _____ Durée du crise _____

 AUTRES CONDITIONS DE SANTÉ

- Anémie ADD/ADHD Cancer Infirmité motrice cérébrale Varicelle Mucoviscidose
 Dépression Troubles de digestion Troubles émotionnels Polyarthrite rhumatoïde
 Hémophilie Cardiopathie Handicap physique Troubles de la peau Drépanocytose
 Défaut d'élocution Autre _____

Médicaments : Non Oui Enlister les médicaments : _____

Procédures spéciales nécessaires (sondage, oxygène, soins de gastronomie, soins de trachéotomie, aspiration)

Non Oui, expliquer : _____

Régime spécifique exigé (mêlé, mou, régime hyposodé, régime faible en gras, compléments en liquide)

Non Oui, expliquer _____

L'enfant a souvent besoin d'être hospitalisé ? Non Oui, expliquer : _____

 VISION

- Lentilles/lunettes
 Autre _____

 AUDITION

- Prothèse auditive
 Autre _____

 ADAPTATIONS SPÉCIALES POUR LA SANTÉ

Adaptations spéciales faites pas l'école par rapport à l'environnement ou les horaires : Non Oui, expliquer _____

_____ (i.e., crises d'épilepsie, limitations en activités physiques, pauses répétitives, horaires à mi-temps, modifications au bâtiment pour son accès)

Aménagements spéciales dans la classe ou à l'école : Non Oui, expliquer: _____

_____ (i.e., contrôle de température, stockage et réfrigération de médicaments, accès à l'eau courante)

Mesures de sécurité: Non Oui (expliquer): _____

(i.e., mesures spéciales pour lever des objets, se positionner, programme spéciale de transport d'urgence, équipement spéciale de sécurité, techniques spédifiques pour nourrir l'enfant)

Aide avec les activités quotidiennes : Non Oui (expliquer): _____

(i.e., pour manger, aller aux toilettes, pour marcher)

PARTIE 3: À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE si les parentes ou responsables légaux indiquent un problème de santé.

Signature de l'infirmière scolaire

Date

Notes:

À REMPLIR ET À RENDRE À L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE DÈS QUE POSSIBLE