

Docteur
Cabinet Médical
24
TEL :
Mail :

Cachet de l'établissement scolaire

PROTOCOLE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE
A DESTINATION D'UN PERSONNEL NON MEDICAL

Ce document est à renseigner par le médecin traitant. Il est accompagné :
-d'une ordonnance du médecin qui suit l'enfant
-d'une lettre des parents autorisant le personnel de l'Education nationale à appliquer la prescription du médecin traitant
(signer et dater l'autorisation au verso)

ELEVE CONCERNÉ(E)

Nom et prénom :
Date de naissance :
Etablissement fréquenté :
.....
Classe :

PARENTS

Madame, monsieur :
Adresse :
.....
☎ des parents :
☎ professionnel :

EVENTUEL TRAITEMENT DE FOND A ADMINISTRER PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE

Administrer.....
.....
.....
.....

EN CAS DE CRISE : SIGNES D APPEL ET CONDUITE A TENIR (barrer les items inutiles ou compléter)

Sifflement	Administer bouffées de.....
Toux persistante	Avec chambre d'inhalation :.....
Respiration difficile	Repete au bout de 5 min en l'absence d'amélioration.....
Autre :
.....	Donner comprimé(s) de
.....
Difficulté à parler, Sueur, Paleur, Malaise	----- Faire le traitement et prévenir les services d'urgence (15) sans attendre

En cas de symptomatologie liée à l'effort :----- Administrer 2 bouffées de 10 à 15 minutes avant l'effort.....

En cas de trouble à l'effort, la crise survient généralement dans les minutes qui suivent l'arrêt de l'exercice et parfois pendant l'exercice. Les moyens de prévention consistent en un échauffement musculaire préalable, un entraînement progressif et séquentiel ainsi qu'un entraînement à la respiration nasale pour humidifier et réchauffer l'air inspiré. Faire attention aux conditions atmosphériques (pics de pollution, chaleur, froid), par temps froid et sec : port de bonnet et écharpe conseillé.

Dans tous les cas :
Rester calme, et rassurer l'enfant
Mettre l'enfant dans un lieu calme, tempéré et aéré, en position assise ou demi-assise
Ne pas le laisser seul

En l'absence d'amélioration après 15 minutes ou de signe de gravité(difficulté à parler, sueur, paleur, malaise), il convient de repeter la prise de traitement et de prévenir les services d'urgence (15)

Lieu de rangement des médicaments
Traitement à emporter en cas d'activité extra-scolaire.

Date :

et signatures ↗

<i>Le directeur Le chef d'établissement</i>	<i>L'élève majeur Les parents ou le représentant légal</i>	<i>Les services périscolaires</i>	<i>Le médecin de l'EN ou de PMI</i>	<i>L'Infirmière de l'EN</i>	<i>Le médecin qui suit l'enfant</i>
---	--	---------------------------------------	---	---------------------------------	---

**DEMANDE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL
OU D'AUTOMEDICATION EN MILIEU SCOLAIRE**

Etablissement :
.....
.....

Nom du Directeur d'école
ou du Chef d'établissement
.....

Nom et Prénom de l'élève :
.....

Classe :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné,

- * autorise les personnels de l'Education nationale à appliquer à mon enfant le traitement médical décrit précisément sur l'ordonnance ci-jointe (à joindre au dossier), (par voie orale ou inhalée).
- * certifie que mon enfant doit prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.

(* cocher la case correspondante)

Fait à le
Signature du responsable légal,

à le Avis favorable Le Directeur d'école, Le Chef d'établissement (cachet)	à le Avis favorable Le médecin de l'Education nationale, (cachet)
---	---