# Annexe A : PLAN INDIVIDUEL ET PROCÉDURES D’URGENCE

# POUR UN ENFANT SOUFFRANT D’UNE ALLERGIE ANAPHYLACTIQUE

**Nom de l'enfant**: Cliquer ici pour saisir du texte.

**Date de naissance de l’enfant** (jj/mm/aaaa) : Cliquer ici pour saisir du texte.

**Allergène(s) ou agent(s) susceptible(s) de provoquer un choc
anaphylactique** :

* Cliquer ici pour saisir du texte.

**Asthme**: [ ]  Oui (risque accru de réaction grave) [ ]  Non

**Lieu d’entreposage des medicaments** : Cliquer ici pour saisir du texte.

**Marque de l’auto-injecteur d’épinéphrine**: Cliquer ici pour saisir du texte.

**Date d’expiration de l’auto-injecteur d’épinéphrine** (jj/mm/aaaa):
Cliquer ici pour saisir du texte.

**Autres médicaments d'urgence\***: Cliquer ici pour saisir du texte.

**Numéro des services d’urgence** : Cliquer ici pour saisir du texte.

| Photo de l’enfant(recommandé) |
| --- |

| **SIGNES ET SYMPTÔMES D'UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE NE CONSTITUANT PAS UN DANGER DE MORT PROPRES À L'ENFANT :** *(propres à l’enfant, p. ex., respiration sifflante et démangeaisons cutanées)*Cliquer ici pour saisir du texte. | **SIGNES ET SYMPTÔMES D'UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE CONSTITUANT UN DANGER DE MORT PROPRES À L'ENFANT :** *(propres à l’enfant, p. ex., incapacité de respirer, sueurs)*Cliquer ici pour saisir du texte. |
| --- | --- |
| **DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE À SUIVRE SI L’ENFANT PRÉSENTE UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE NE CONSTITUANT PAS UN DANGER DE MORT :**Cliquer ici pour saisir du texte. | **DESCRIPTION DE LA PROCÉDURE À SUIVRE SI L’ENFANT PRÉSENTE UNE RÉACTION ANAPHYLACTIQUE CONSTITUANT UN DANGER DE MORT :**Cliquer ici pour saisir du texte.  |
| **MESURES VISANT À RÉDUIRE LES RISQUES D’EXPOSITION AUX ALLERGÈNES OU AUX AGENTS SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER UN CHOC ANAPHYLACTIQUE :** *(p. ex., environnement sans noix)*Cliquer ici pour saisir du texte. |
| **AUTRES NOTES (s’il y a lieu) :** *(p. ex., utilisation d’autres médicaments d’urgence contre les allergies pour mettre en œuvre les procédures d’urgence)*Cliquer ici pour saisir du texte. |

## Déclaration parentale

Je Cliquer ici pour saisir du texte. (parent ou tuteur), accorde par la présente mon consentement à ce que mon enfant Cliquer ici pour saisir du texte. (nom de l’enfant) (cocher toutes les cases applicables)

: Cliquer ici pour saisir du texte.

[ ]  porte sur lui ses médicaments d’urgence contre l’allergie à l'endroit suivant (p. ex., sac banane bleu) : Cliquer ici pour saisir du texte.

[ ]  s'autoadministre son propre médicament en cas de réaction anaphylactique.

**ET (OU)**

Je Cliquer ici pour saisir du texte. (parent ou tuteur), accorde par la présente mon consentement à ce que toute personne ayant reçu la formation relativement au présent plan dans le local de services de garde en milieu familial administre l’auto-injecteur d’épinéphrine et (ou) le médicament contre l’asthme à mon enfant et suive les procédures énoncées dans le plan individuel et les procédures d’urgence concernant l’anaphylaxie de mon enfant.

Initiales du parent ou du tuteur : Cliquer ici pour saisir du texte.

## PERSONNE À JOINDRE EN CAS D’URGENCE

| **Nom** | **Lien avec l’enfant** | **Numéro de téléphone principal** | **Autre numéro de téléphone** |
| --- | --- | --- | --- |
| Cliquer ici pour saisir du texte. | Cliquer ici pour saisir du texte. | Cliquer ici pour saisir du texte. | Cliquer ici pour saisir du texte. |
| Cliquer ici pour saisir du texte. | Cliquer ici pour saisir du texte. | Cliquer ici pour saisir du texte. | Cliquer ici pour saisir du texte. |

### COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL DE SOINS DE SANTÉ : (facultatif)

| Nom | **Numéro de téléphone principal** |
| --- | --- |
| Cliquer ici pour saisir du texte. | Cliquer ici pour saisir du texte. |

### SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SOINS DE SANTÉ (facultatif)

|  |  |
| --- | --- |
| X  | Date:Cliquer ici pour saisir du texte. |

### SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR (obligatoire)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom en caractères d’imprimerie : | Lien avec l’enfant :Cliquer ici pour saisir du texte. |
| X | Date:Cliquer ici pour saisir du texte. |

**Avis de non-responsabilité** Le présent document est un modèle préparé pour aider les titulaires de permis à comprendre leurs obligations en vertu de la Loi de 2014 sur la garde d’enfants et la petite enfance (LGEPE) et du Règlement de l’Ontario 137/15. Il incombe au titulaire du permis de s’assurer que les renseignements figurant dans le présent document sont modifiés de façon appropriée afin de tenir compte de la situation personnelle et des besoins de chaque enfant fréquentant chaque agence de services de garde en milieu familial qu’il exploite et chaque local où il supervise la prestation de services de garde en milieu familial.

Veuillez prendre note que le présent document ne constitue pas un conseil juridique et ne devrait pas être invoqué comme tel. Les renseignements fournis dans le présent document n’ont aucune incidence sur le pouvoir du ministère relativement à l’application de la LGEPE et de ses règlements. Le personnel du ministère continuera d’appliquer de telles lois en se fondant sur les faits qui leur seront présentés dans le cadre d’une inspection ou d’une enquête.

Il incombe au titulaire du permis de se conformer à toutes les lois applicables. Les titulaires de permis qui ont besoin d’aide pour interpréter la législation et pour la mettre en application peuvent consulter un avocat.