



PLAN D'INTERVENTION EN CAS DE RÉACTION ALLERGIQUE

NOM :	DATE DE NAISSANCE :	POIDS (KG) :	PHOTO
ALLERGIE À :	ASTHME : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		

A En présence de l'une des situations suivantes, après un contact possible à un allergène, administrez immédiatement l'auto-injecteur d'épinéphrine.

 <p>POUMONS Difficulté à respirer, toux persistante, sifflement dans la respiration.</p>	➔	<ol style="list-style-type: none"> ADMINISTREZ IMMÉDIATEMENT L'ÉPINÉPHRINE. <u>Appelez le 9-1-1.</u> En attendant les secours, considérez administrer des médicaments additionnels tels un broncho-dilatateur si asthme ou un antihistaminique. Allongez l'enfant au sol et levez-lui les jambes. S'il a de la difficulté à respirer, laissez-le assis. S'il vomit, couchez-le sur le côté. Si les symptômes ne sont pas améliorés ou réapparaissent, d'autres injections d'épinéphrine peuvent être administrées en attendant au moins 5 minutes entre les doses jusqu'à l'amélioration de l'enfant ou l'arrivée des secours. Avisez les parents. Faites transporter l'enfant à l'urgence même si les symptômes sont résolus car ils peuvent réapparaître.
 <p>CARDIO-VASCULAIRE Teint pâle ou bleuté, faiblesse, étourdissement, enfant peu réactif, perte de conscience.</p>	➔	
 <p>VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES Voix rauque ou difficulté à émettre un son, difficulté à avaler sa salive.</p>	➔	
 <p>INTESTIN Vomissements répétés ou diarrhée persistante.</p>	➔	
<p>ATTEINTE DE 2 SYSTÈMES :</p> 	➔	

B En présence de symptôme D'UNE SEULE des catégories suivantes:

 <p>YEUX / NEZ / BOUCHE Éternuement, nez qui coule, nez bouché, yeux rouges, yeux qui piquent ou qui coulent, picotement dans la bouche ou la gorge.</p>	➔	<ol style="list-style-type: none"> Administrez un antihistaminique, si prescrit par le médecin. Restez avec l'enfant ; avisez les parents s'ils ne sont pas présents. Surveillez l'enfant de près pour détecter tout changement au niveau de sa réaction. Si les symptômes s'aggravent et correspondent aux critères de la section A, ADMINISTREZ L'ÉPINÉPHRINE et suivre la procédure de la section A. DANS LE DOUTE, ADMINISTREZ L'ÉPINÉPHRINE.
 <p>PEAU Démangeaison, rougeur, plaques</p>	➔	
 <p>INTESTIN Nausée, douleur abdominale, 1 seul vomissement</p>	➔	

MEDICATION ET DOSES

Auto-Injecteur d'épinéphrine : <input type="checkbox"/> JUNIOR <input type="checkbox"/> ADULTE	Antihistaminique : Dose : <input type="text"/>	Autre médicament : <input type="text"/>
Signature du médecin : <input type="text"/>		Date : <input type="text"/>