|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | Entretien sur l’asthme  ANNÉE SCOLAIRE \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Élève**  Date de naissance Niveau | Tél. Parent/Tuteur  Tél. Parent/Tuteur  Tél. en cas d’urgence | | |
| Pneumologue  Tél. Dernière visite |
| Antécédents médicaux pertinents incluant des hospitalisations. | * Maine Care | * Assurance privée | * Besoin d’informations |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activités périscolaires | Âge au début | Derniers symptômes | Autres conditions médicales |
| Déclencheurs connus  ☐ Maladie ☐ Fumée ☐ Odeurs fortes ☐ Émotions  ☐ Activité physique | | Allergies :  ☐ Chat ☐ Chien ☐ Poussière ☐ Moisissure ☐ Pollen  ☐ Nourriture :  Autre : | |

Répondez aux questions suivantes concernant l’asthme.

|  |  |
| --- | --- |
| Au cours des 12 derniers mois, combien de fois votre enfant a-t-il/elle :   * Visité les urgences/soins d’urgence * Été hospitalisé(e) * Utilisé des stéroïdes oraux * Manqué l’école | Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois votre enfant a-t-il/elle :   * Souffert de toux, respiration sifflante, difficultés respiratoires * Utilisé un inhalateur de secours * Été réveillé la nuit en raison de l’asthme * Subi des interruptions des activités normales |

Veuillez lister les médicaments quotidiens et les médicaments d’urgence sur le Formulaire de Santé Annuel.

Décrivez les considérations nécessaires pendant la journée scolaire.

|  |  |
| --- | --- |
| * Éducation physique/sport * Récréation | * Salle de classe * Bus/Transport |

Partagez tous les objectifs liés à la santé et l’assistance nécessaire.

En signant ci-dessous, j’autorise l’infirmier ou l’infirmière scolaire à partager les informations concernant la santé de mon enfant scolarisé(e) avec le personnel scolaire et médical approprié pour la sécurité continue de mon enfant à l’école.

Parent/Tuteur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*En cas d’urgence, si les contacts en cas d’urgence ne peuvent être atteints, le prestataire de soins sera contacté et si nécessaire, les services d’urgence (911) seront appelés.*