|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | Entretien sur les crises d’épilepsie  ANNÉE SCOLAIRE \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Élève**  Date de naissance Niveau | Tél. Parent/Tuteur  Tél. Parent/Tuteur  Tél. en cas d’urgence | | |
| Neurologue  Tél. Dernière visite |
|  | * Maine Care | * Assurance privée | * Besoin d’informations |

Activités périscolaires

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type de crise d’épilepsie/diagnostic | Âge au début | Fréquence | Durée de la crise | |
| Déclencheurs connus : | | Décrivez le déroulement des crises d’épilepsie : | | |
| Votre enfant a-t-il/elle déjà eu des crises de plus de 5 minutes ? | | | Votre enfant a-t-il/elle déjà utilisé des médicaments de secours ? | |
| Décrivez comment votre enfant se sent/agit avant une crise. | | | Si votre enfant possède un stimulateur du nerf vague, veuillez fournir des instructions : | |
| Décrivez comment votre enfant agit après une crise. | | | Décrivez ce que comprend votre enfant en ce qui concerne ces crises. | |

Veuillez lister les médicaments quotidiens et 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 infirmière scolaire à partager les informations concernant la santé de mon enfant scolarisé 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 d’urgence ne peuvent être atteints, le prestataire de soins sera contacté et si nécessaire, les services d’urgence (911) seront appelés.*