

# Enfant asthmatique

## Gestion quotidienne de l'asthme pour \_\_\_\_\_

(nom de l'enfant)

Il est possible de maîtriser l'asthme (c'est-à-dire de ne pas éprouver de symptômes en gardant une activité physique normale) en évitant tous les déclencheurs et en prenant les médicaments de manière appropriée. Malgré tout, des crises peuvent se produire. C'est pourquoi l'enfant (ou un adulte l'accompagnant) doit toujours avoir son médicament sur lui.

Ce médicament s'appelle \_\_\_\_\_.

- O  N Un inhalateur de secours est fourni au personnel.  
 O  N L'enfant peut utiliser l'inhalateur tout seul.  
(Ce qui signifie qu'il est capable de déterminer quand il doit l'utiliser.)  
 O  N L'enfant peut transporter l'inhalateur sur lui.  
Dans le cas contraire, pour assurer un accès immédiat, il est entreposé \_\_\_\_\_.

## Identification des facteurs déclenchants (veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent à l'enfant)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exercice physique                 | <input type="checkbox"/> Poussière  | <input type="checkbox"/> Conditions météorologiques particulières |
| <input type="checkbox"/> Animaux                           | <input type="checkbox"/> Fortes odeurs (produits de nettoyage, désodorisants, peinture, etc.) | <input type="checkbox"/> _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Pollen                            | <input type="checkbox"/> Moquette   | <input type="checkbox"/> Conditions météorologiques particulières |
| <input type="checkbox"/> Infections respiratoires / rhumes | <input type="checkbox"/> Sapins réels   | <input type="checkbox"/> _____                                    |
| <input type="checkbox"/> Moisissures                       | <input type="checkbox"/> Fumée  | <input type="checkbox"/> Autre _____                              |
| <input type="checkbox"/> Parfums / eaux de cologne         |   |   |

Veuillez indiquer les mesures de régulation environnementale nécessaires pour éviter les crises d'asthme chez l'enfant :

- O  N L'enfant a-t-il besoin de prendre des médicaments avant de faire une activité physique?

Si oui, pour quel type d'activité physique? \_\_\_\_\_

Nom du médicament, nombre d'inhalations et à quel moment l'utiliser \_\_\_\_\_

## Symptômes de l'asthme

L'asthme se présente de façon différente pour chaque enfant. Il peut exister un ou plusieurs signes. Il peut même passer complètement inaperçu. Chaque symptôme est important. Une réaction précoce permet souvent d'éviter que les symptômes ne s'aggravent. Les signes courants que l'asthme s'aggrave sont les suivants (cocher toutes les cases applicables) :

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agitation                    | <input type="checkbox"/> Plainte d'essoufflement                | <input type="checkbox"/> Toux grasse       |
| <input type="checkbox"/> Irritabilité                 | <input type="checkbox"/> Sifflement (son émis à la respiration) | <input type="checkbox"/> Gêne respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Fatigue                      | <input type="checkbox"/> Toux sèche                             | <input type="checkbox"/> Autre _____       |
| <input type="checkbox"/> Respiration rapide (>25/min) |   |  |

## Veuillez nous donner une idée de la maîtrise actuelle qu'a l'enfant sur son asthme en répondant aux questions suivantes :

\_\_\_\_\_ Combien de **consultations d'urgence** à l'hôpital ou chez le médecin l'enfant a-t-il effectuées ces 12 derniers mois?

- O  N L'enfant est-il sous **traitement de fond** à la maison pour son asthme?

Nom du médicament et fréquence d'utilisation : \_\_\_\_\_

## Commentaires des parents / instructions particulières

# Enfant asthmatique

Gestion d'urgence de l'asthme pour \_\_\_\_\_

Salle : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Photo d'identité

## Signes d'une crise d'asthme grave nécessitant d'appeler le 911 :

- Tirage au niveau de la poitrine et du cou lors de la respiration.
- Grande difficulté à respirer.
- Difficultés à marcher ou à parler (3–5 mots/respiration).
- Silence soudain ou repli sur soi de l'enfant.
- Teinte grise ou bleutée des lèvres ou des ongles.
- Aucune amélioration 5–10 minutes après inhalation d'un médicament antiasthmatique.
- Doute au sujet de l'état de l'enfant.

## Plan d'action en cas d'apparition de symptômes :

- Administrer immédiatement le médicament antiasthmatique prescrit (agit normalement en 5–10 minutes)

| Nom du médicament | Couleur | N <sup>bre</sup> d'inhalations/quantité | Fréquence |
|-------------------|---------|---|-----------|
|-------------------|---------|---|-----------|

- Agir immédiatement et **ne jamais** laisser l'enfant sans surveillance.
- Rester calme et rassurer l'enfant.
- Faire asseoir l'enfant pour qu'il se repose, ne pas l'allonger.
- Écouter l'enfant et croire ce qu'il dit.
- Éloigner l'enfant du facteur environnemental déclenchant, le cas échéant.
- Appeler le 911 si l'inhalateur n'entraîne aucune amélioration après 5-10 minutes ou en cas de symptômes graves (voir la liste des signes ci-dessus).
- Avertir les parents / tuteurs.
- Noter les médicaments qui ont été pris.
- Dès que l'enfant se sent mieux, il peut reprendre les activités normales.
- Si l'enfant a de nouveau besoin d'utiliser son inhalateur dans les 4 heures suivantes, les parents doivent être avertis de l'éventuelle nécessité d'une consultation médicale.

## Personnes à joindre en cas d'urgence

Mère / tutrice \_\_\_\_\_ Téléphone (dom.) \_\_\_\_\_ Téléphone (trav.) \_\_\_\_\_  
Cellulaire \_\_\_\_\_

Père / tuteur \_\_\_\_\_ Téléphone (dom.) \_\_\_\_\_ Téléphone (trav.) \_\_\_\_\_  
Cellulaire \_\_\_\_\_

Autre numéro (journée) \_\_\_\_\_ Médecin \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

## Consentement

O  N Je donne mon consentement au *Plan d'action en cas d'urgence* et à la supervision ou à l'administration des médicaments mentionnés ci-dessus.

O  N J'autorise mon enfant à participer aux activités de formation sur l'asthme qui pourraient être offertes (en étant informé à l'avance).

\_\_\_\_\_  
Nom du parent / tuteur (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent / tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

