

# Entretien sur l'asthme

ANNÉE SCOLAIRE \_\_\_\_\_

<b>Élève</b>	Tél. Parent/Tuteur
Date de naissance	Niveau
Pneumologue	Tél. Parent/Tuteur
Tél.	Dernière visite
Antécédents médicaux pertinents incluant des hospitalisations.	<input type="checkbox"/> Maine Care <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> Besoin d'informations

Activités périscolaires	Âge au début	Derniers symptômes	Autres conditions médicales
Déclencheurs connus <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Fumée <input type="checkbox"/> Odeurs fortes <input type="checkbox"/> Émotions <input type="checkbox"/> Activité physique		Allergies : <input type="checkbox"/> Chat <input type="checkbox"/> Chien <input type="checkbox"/> Poussière <input type="checkbox"/> Moisissure <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> 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.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Éducation physique/sport | <input type="checkbox"/> Salle de classe |
| <input type="checkbox"/> Récréation               | <input type="checkbox"/> 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.*