



Entretien sur les crises d'épilepsie

ANNÉE SCOLAIRE _____

Élève Date de naissance Niveau	Tél. Parent/Tuteur
Neurologue	Tél. Parent/Tuteur
Tél. Dernière visite	Tél. en cas d'urgence
	<input type="checkbox"/> Maine Care <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> 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.

- | | |
|---|--|
| <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 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.