

Insérer la
photo de
l'élève ici

PLAN DE SOINS PERSONNALISÉ DE L'ÉLÈVE SOUFFRANT DE DIABÈTE

Nom de l'élève : _____	Date de naissance : _____
Enseignant : _____	Année d'études : _____
	Âge : _____

CONTACTS EN CAS D'URGENCE

Nom	Lien avec l'élève	Téléphone maison	Téléphone au travail	Cellulaire

PROTOCOLE D'INTERVENTIONS QUOTIDIENNES POUR LES ÉLÈVES ATTEINTS DU DIABÈTE

L'élève est capable de gérer son diabète de façon indépendante et n'a besoin d'aucune aide particulière de l'école.

Oui Non

Si **oui**, allez directement à la page 3, **Mesures - Plan d'urgence**.

Autres affections médicales ou allergies : _____

SURVEILLANCE DE LA GLYCÉMIE OU DU TAUX DE SUCRE

COCHER LES INFORMATION PROPRES À L'ÉLÈVE

- L'élève est atteint de diabète de type 1.
- L'élève est atteint de diabète de type 2.
- L'élève porte un glucomètre continu (*pompe*).

HABITUDES	PRISE EN CHARGE DE LA GLYCÉMIE
<p>Valeurs ciblées de glycémie de l'élève de : _____ à _____ mmol/L</p> <p>Surveillance de la glycémie :</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève a besoin de personnel formé pour vérifier sa glycémie.</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève a besoin de supervision pour vérifier sa glycémie et lire le glucomètre.</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève peut vérifier seul sa glycémie et lire le glucomètre.</p> <p>Emplacement du glucomètre</p> <p><input type="checkbox"/> Avec l'élève</p> <p><input type="checkbox"/> Avec l'enseignant titulaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Vérification de la glycémie :</p> <p><input type="checkbox"/> Avant le début des classes _____(Heure)</p> <p><input type="checkbox"/> Avant la récréation du matin _____(Heure)</p> <p><input type="checkbox"/> Avant le dîner _____(Heure)</p> <p><input type="checkbox"/> Avant la récréation de l'après-midi _____(Heure)</p> <p><input type="checkbox"/> Avant de quitter l'école _____(Heure)</p> <p><input type="checkbox"/> Avant les activités physiques</p> <p>L'élève a besoin de pauses pour manger :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui (svp indiquer à quel moment) : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
INSULINE	À COMPLÉTER SEULEMENT SI L'ÉLÈVE PREND DE L'INSULINE À L'ÉCOLE
<p><input type="checkbox"/> L'élève ne prend pas d'insuline à l'école.</p> <p><input type="checkbox"/> L'élève prend de l'insuline à l'école par :</p> <p><input type="checkbox"/> le stylo à injection</p> <p><input type="checkbox"/> la pompe</p> <p><input type="checkbox"/> la seringue</p> <p>Lieu où l'insuline sera administrée :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>L'insuline est administrée par injection ou par pompe aux moments suivants :</p> <p><input type="checkbox"/> Avant la collation du matin _____(Heure)</p> <p><input type="checkbox"/> Avant le dîner _____(Heure)</p> <p><input type="checkbox"/> Avant la collation de l'après-midi _____(Heure)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique entraîne une baisse de glycémie. On vérifie souvent la glycémie avant une activité physique. L'élève pourrait avoir à prendre une collation contenant des glucides avant ou après une activité physique.

L'élève doit toujours avoir à portée de la main une source de sucre à action rapide.

Indiquez ce que l'élève doit faire pour aider à prévenir une hypoglycémie causée par l'activité physique :

Avant l'activité : _____

Pendant l'activité : _____

Après l'activité : _____

Responsabilités du parent ou tuteur : _____

Responsabilités de l'élève : _____

Responsabilités de l'école : _____

Pour des activités spéciales (p. ex., activités parascolaires, course Terry Fox), avisez le parent ou tuteur à l'avance afin de prendre les ajustements ou les arrangements nécessaires.

IMPORTANT

Appelez le parent ou tuteur si la glycémie est :

Inférieure à _____

Supérieure à _____

MESURES – PLAN D'URGENCE

**COCHEZ LES SYMPTÔMES ET LES TRAITEMENTS RECOMMANDÉS EN CAS D'HYPOGLYCÉMIE
(TAUX DE SUCRE INFÉRIEUR À 4 MMOL/L)**

SYMPTÔMES HABITUELS

- Soif intense
 - Faim
 - Peau chaude, rouge
 - Urines abondantes
 - Douleurs abdominales
 - Irritabilité
 - Maux de tête
 - Vision embrouillée
 - Autres manifestations propres à l'élève :
- _____

SYMPTÔMES D'HYPOGLYCÉMIE MARQUÉE

- Ne répond pas ou inconscient
- A des convulsions
- Coopère si peu que vous ne pouvez pas lui donner de jus ou de sucre par la bouche

TRAITEMENT EN CAS D'HYPOGLYCÉMIE**En cas d'hypoglycémie**

1. Ne laisser jamais l'élève seul.
2. Traiter l'hypoglycémie sur place.
3. Vérifiez le taux de glycémie.
4. Traiter si la glycémie est inférieure à 4 mmol/L OU si la glycémie est inférieure à 5 mmol/L et que l'élève a des symptômes.
5. Administrer immédiatement _____ grammes de sucre à actions rapides.
6. Au bout de 15 minutes, vérifier la glycémie à nouveau.
7. Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/L, traiter à nouveau tel qu'indiqué ci-dessous
8. Répéter le cycle à chaque 10 à 15 minutes jusqu'à ce que la glycémie soit supérieure à 4 mmol/L.

Quantité de sucre à action rapide à administrer**Comprimés de glucose (4g chacun)**

- 2 comprimés (8g)
- 4 comprimés (16 g)

Jus ou boisson gazeuse ordinaire

- 1/2 tasse (125 ml)
- 3/4 tasse (185 ml)

Skittles

- 10 bonbons
- 15 bonbons

Rouleau de bonbons (Rockets)

- 1 rouleau (7 g)
- 2 rouleaux (14 g)

Sucre de table

- 2 c. à thé (10 ml) ou 2 sachets
- 1 c. à table (15 ml) ou 3 sachets

TRAITEMENT EN CAS D'HYPOGLYCÉMIE MARQUÉE**En cas d'hypoglycémie marquée**

1. Coucher l'élève sur le côté.
2. Appeler le 911.
3. Appeler le parent ou tuteur.
4. Rester avec l'élève jusqu'à l'arrivée de l'ambulance. Ne pas donner ni à boire ni à manger à l'élève.

**COCHEZ LES SYMPTÔMES ET LES TRAITEMENTS EN CAS D'HYPERGLYCÉMIE
(TAUX DE SUCRE SUPÉRIEUR À 4 MMOL\L)****SYMPTÔMES HABITUELS**

- Tremblements
- Irritabilité, morosité
- Étourdissements
- Transpiration
- Faim
- Faiblesse ou fatigue
- Maux de tête
- Vision embrouillée
- Pâleur
- Confusion
- Autres manifestations propres à l'élève :

SYMPTÔMES D'HYPERGLYCÉMIE MARQUÉE

- Respiration rapide et superficielle
- Vomissements
- Haleine fruitée

TRAITEMENT EN CAS D'HYPERGLYCÉMIE**En cas d'hyperglycémie**

1. Appeler le parent ou tuteur.
2. Donner libre accès aux toilettes.
3. Encourager l'élève à boire de l'eau ou un liquide sans sucre.
4. Autoriser l'élève à manger son repas ou sa collation.
5. Autoriser l'élève à reprendre ses activités normales s'il se sent bien.
6. Si l'élève a une pompe à insuline, une dose de correction peut être auto-administrée. Si sa glycémie n'a pas baissé deux heures après la correction, appeler le parent ou tuteur.

TRAITEMENT EN CAS D'HYPERGLYCÉMIE MARQUÉE**En cas d'hyperglycémie marquée**

1. Appeler le parent ou tuteur.
2. Si l'élève a une pompe à insuline, une dose de correction peut être auto-administrée. Si sa glycémie n'a pas baissé deux heures après la correction, appeler le parent ou tuteur.

AUTORISATION ET RÉVISION DU PLAN

Ce plan restera en vigueur pour l'année scolaire : 20 ____ - 20 ____ sans être modifié.

Il sera révisé au plus tard le : _____

Le parent ou tuteur ou élève qui a 16 ou 17 ans qui s'est soustrait de l'autorité parentale ou l'élève qui a 18 ans doit aviser la direction de l'école s'il est nécessaire de modifier le plan de soins pendant l'année scolaire.

Nom du parent ou tuteur : _____

Signature du parent ou tuteur : _____ Date : _____

Signature de l'élève : _____ Date : _____

(qui a 16 ou 17 ans et qui s'est soustrait à l'autorité parentale)

Signature de l'élève : _____ Date : _____

(qui a 18 ans et plus)

Signature de la direction d'école : _____ Date : _____

- **N'HÉSITEZ PAS À SUIVRE LES MESURES DU PLAN D'URGENCE OU À APPELER L'AMBULANCE MÊME SI VOUS NE POUVEZ JOINDRE LE PARENT OU TUTEUR.**
- **UNE FOIS REMPLI, CE FORMULAIRE DOIT ÊTRE DISTRIBUÉ À CHAQUE ENSEIGNANT QUI A DES CONTACTS AVEC L'ÉLÈVE DIABÉTIQUE À L'ÉCOLE.**
- **UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE DEVRAIT ÉGALEMENT ÊTRE MIS DANS LA PLANIFICATION DE L'ENSEIGNANT POUR LE SUPPLÉANT.**
- **UN EXEMPLAIRE DE CE FORMULAIRE DEVRAIT AUSSI ÊTRE EMPORTÉ LORS DES SORTIES ÉDUCATIVES.**