

# Plan d'urgence pour l'anaphylaxie (individuel)

## Recommandations

- À l'école et dans d'autres milieux qui ont charge d'enfants, chaque enfant à risque doit avoir son propre Plan d'urgence pour l'anaphylaxie. (Voir l'exemple en page suivante.)
- Ce Plan d'urgence pour l'anaphylaxie doit être signé par le parent ou tuteur et, au besoin, par le médecin traitant de l'enfant.

**Remarque :** Il se peut que des conseils ou commissions scolaires permettent à un parent ou tuteur de déposer au dossier de l'élève une note confirmant que la signature du médecin a déjà été obtenue (sur un Plan d'urgence pour l'anaphylaxie ou des instructions par écrit sur le protocole de traitement soumis précédemment) s'il n'y a pas eu de changement dans l'état de santé de l'enfant ou sa stratégie de traitement. Le document avec la signature du médecin doit être versé au dossier pour consultation future.

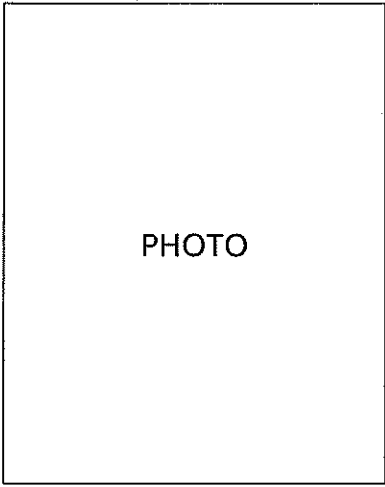
- Il peut arriver que des patients reçoivent des recommandations différentes de celles préalablement décrites dans leur Plan d'urgence pour l'anaphylaxie. Dans ce cas, le médecin traitant devra fournir par écrit des instructions précises sur le traitement des symptômes et la réduction des risques pour l'enfant. Les parents doivent discuter du plan individuel de leur enfant allergique avec le personnel de leur école.
- Si une situation d'urgence impliquant l'anaphylaxie se produit, le Plan de prise en charge de l'anaphylaxie à l'école et le Plan d'urgence pour l'anaphylaxie de l'enfant concerné doivent tous deux être vérifiés et modifiés s'il y a lieu.

## Le Plan d'urgence pour l'anaphylaxie a deux pages

1. Première page – formulaire avec la photo de l'enfant, des renseignements sur son allergie, les signes et symptômes, quoi faire en cas d'urgence, les coordonnées des personnes à aviser, le consentement d'un parent ou tuteur permettant l'administration d'un médicament. Voir la page suivante (Plan d'urgence pour l'anaphylaxie) à photocopier. On peut également la télécharger à partir du site [www.securite-allergie.ca](http://www.securite-allergie.ca) (sans accents).
2. Deuxième page – feuille d'instruction pour EpiPen® ou Twinject®. Choisir la feuille correspondant à l'auto-injecteur prescrit. On peut photocopier les pages suivantes, ou télécharger les instructions à partir des sites suivants :
  - [www.epipen.ca](http://www.epipen.ca)
  - [www.twinject.ca](http://www.twinject.ca)

# Plan d'urgence pour l'anaphylaxie \_\_\_\_\_ (nom)

**Cette personne présente une allergie sévère (ou anaphylaxie) pouvant être fatale**  
**Allergène(s) en cause :**



- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Arachide | <input type="checkbox"/> Autre aliment, précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Noix     | <input type="checkbox"/> Piqûre d'insecte                |
| <input type="checkbox"/> Oeufs    | <input type="checkbox"/> Latex                           |
| <input type="checkbox"/> Lait     | <input type="checkbox"/> Médicament, précisez : _____    |

**Aliments :** Éviter complètement l'allergène en cause constitue la clé de la prévention d'une urgence anaphylactique. Les personnes ayant des allergies alimentaires ne doivent pas partager de nourriture ni consommer d'aliments non étiquetés, en vrac ou portant un avertissement de type « peut contenir » par rapport à un allergène.

**Auto-injecteur d'épinéphrine :** date d'expiration : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Dose :**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> EpiPen® Jr 0,15 mg | <input type="checkbox"/> EpiPen® 0,30 mg   |
| <input type="checkbox"/> Twinject® 0,15 mg  | <input type="checkbox"/> Twinject® 0,30 mg |

**Où trouver les auto-injecteurs :** \_\_\_\_\_

- Antécédents de réactions anaphylactiques :** La personne s'expose à un risque plus élevé.
- Asthme :** La personne s'expose à un risque plus élevé. Si, lors d'une réaction, elle éprouve de la difficulté à respirer, lui administrer de l'épinéphrine avant de lui faire prendre ses médicaments contre l'asthme.

**Quiconque fait une réaction anaphylactique peut présenter N'IMPORTE LEQUEL des signes et symptômes suivants :**

- **Système cutané :** urticaire, enflures, démangeaisons, chaleur, rougeur, éruptions
- **Système respiratoire :** toux, respiration sifflante (silement), essoufflement, douleur ou serrement dans la poitrine, serrement à la gorge, voix rauque, congestion nasale ou symptômes de type « rhume des foins » (nez qui coule ou qui pique, larmolement, éternuements), difficulté à avaler
- **Système gastro-intestinal (estomac) :** nausée, douleur ou crampes, vomissement, diarrhée
- **Système cardiovasculaire (coeur) :** couleur pâle ou bleutée, pouls faible, perte de connaissance, étourdissement, vertige, état de choc
- **Autres symptômes :** anxiété, sentiment de détresse, mal de tête, crampes utérines, goût de métal dans la bouche

*La détection précoce des symptômes et le traitement immédiat pourraient sauver une vie.*

**Intervenez rapidement. Les premiers signes d'une réaction peuvent sembler légers mais les symptômes eux peuvent progresser rapidement.**

1. **Administrez l'épinéphrine avec l'auto-injecteur (EpiPen® ou Twinject®)** au premier signe d'une réaction déclarée ou soupçonnée. (Voir les instructions ci-jointes.)
2. **Appelez le 9-1-1** ou les services médicaux d'urgence locaux. Dites que quelqu'un fait une réaction anaphylactique pouvant mettre sa vie en danger.
3. **Administrez une deuxième dose d'épinéphrine** après 5 à 15 minutes **SI** la réaction persiste ou s'aggrave.
4. **Rendez-vous à l'hôpital le plus proche (idéalement par ambulance)**, même si les symptômes sont légers ou se sont atténués. La réaction pourrait s'aggraver ou réapparaître même après un traitement approprié. Le patient doit demeurer sous observation à l'hôpital pendant une période suffisante, soit 4 heures généralement, suivant l'évaluation du médecin de l'urgence.
5. **Communiquez avec une personne à aviser en cas d'urgence (parent, tuteur ou autre).**

**Personnes à aviser en cas d'urgence**

Nom	Lien avec la personne	Téléphone à la maison	Téléphone au travail	Téléphone cellulaire

*Le soussigné, patient, parent ou tuteur, autorise un adulte à administrer de l'épinéphrine à la personne susnommée dans le cas d'une réaction anaphylactique telle que définie précédemment. Ce protocole est recommandé par le médecin traitant.*

Signature du patient, du parent ou du tuteur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du médecin  En dossier \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



Anaphylaxie Canada

