



Renvoyez le formulaire rempli à:
 Jefferson County Public Schools,
 Health Services Department, LAM Building
 4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
 Telephone # (502) 485-3387
 Fax # (502) 485-3670

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

PLAN DE SANTÉ SCOLAIRE RESPIRATOIRE

Année scolaire:

NE PAS ÉCRIRE DANS CETTE ZONE

5367315987

Veuillez écrire lisiblement.

PARTIE A Parent / Tuteur: Éléments complets 1 à 11

1) Carte d'étudiant n° 2) Nom de famille de l'élève 3) Prénom de l'élève 4) Date de naissance

5) Etablissement scolaire 6) Classe

Nom et Coordonnées de contact du Parent / Tuteur
 7) Nom 8) Numéro de téléphone 9) Adresse postale, Ville, Etat, Code postal

10) A contacter en cas d'urgence

11) Note aux parents / tuteurs: La signature de ce formulaire dégage le Jefferson County Board of Education et ses employés de toute responsabilité de quelque nature que ce soit qui pourrait résulter de ce plan d'action. Ce formulaire ne dégage pas la responsabilité de l'école ou de ses employés pour leur propre négligence. Par la présente, j'autorise également le prestataire de soins de santé à remplir, à signer ce formulaire et à échanger des informations avec le personnel JCPS concernant l'état de santé. Je reconnais et donne mon accord à ce que mon enfant assiste à une sortie scolaire parrainée par l'école, ses médicaments et / ou services de santé pouvant être également fournis par un bénévole agréé.
Note aux parents: Un formulaire d'autorisation de prescription doit être dans le dossier à l'école pour que les médicaments puissent être administrés à l'école.

Signature du PARENT / TUTEUR NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DATE

PARTIE B REMPLI UNIQUEMENT PAR LE PRESCRIPTEUR DE SOINS DE SANTÉ: Éléments complets 12 à 17

12) DIAGNOSTIC: ***ALLERGIE / SENSIBILITÉ AU LATEX: OUI NON

13) **ASPIRATION / REMPLACEMENT DE TRACHÉOSTOMIE**
 Type et taille du tube de trachéostomie:
Fréquence d'aspiration (cochez une case et remplissez):
 Toutes les heures
 Au besoin en fonction des signes et symptômes comme suit
 Étouffement Toux continue Gargouillis À la demande de l'étudiant Autre (précisez):
Instructions d'aspiration: (le parent / le tuteur doit fournir une solution saline et des cathéters)
 Profondeur pour insérer le cathéter:
 Au besoin en fonction des signes et symptômes comme suit Autre (précisez):
 Si le tube de trachéostomie se déloge pendant la journée à l'école, le personnel scolaire formé peut-il le remplacer? OUI NON

14) **VENTILATEUR**
 Gestionnaire de l'équipement / numéro de téléphone:
 Type de ventilateur:
 Paramètres du ventilateur:
 L'élève nécessite-t-il un ventilateur à l'école? OUI NON
 L'élève a besoin d'un ventilateur: D'une manière permanente Pendant la sieste / uniquement durant son sommeil Autre:
 Instructions spécifiques concernant le respirateur (c'est-à-dire les signes et symptômes à rechercher lors de la sieste / du sommeil, etc.):
 Commentaires supplémentaires du Prescripteur de soins de santé:

15) **SUPLÉMENTATION EN OXYGÈNE**
 Fournisseur d'oxygène / numéro de téléphone:
 Litres par minute:
 Canule nasale Masquer Collier de trachéostomie
Temps d'utilisation:
 En permanence Pendant le sommeil / les siestes Détresse respiratoire
 Autre (précisez):

16) **OXYMÈTRE DE POULS**
 L'utilisation de l'oxymètre de pouls n'est encouragée que si l'enfant bénéficie régulièrement d'une surveillance de la saturation en oxygène à la maison. (le parent / le tuteur doit fournir l'équipement nécessaire pour une utilisation à l'école.)
 La saturation en oxygène NORMALE DE BASE de l'élève est de %
Veuillez indiquer à quel moment l'étudiant doit faire vérifier sa saturation en oxygène avec un oxymètre de pouls. (Cochez tout ce qui s'applique. Dans le cas d'un PRN, donnez des directives PRÉCISES.):
 Avant / après les traitements respiratoires
 Signes de détresse respiratoire
 Autre (précisez):
 Lorsque les sats. sont inférieurs à % Initier l'oxygène à litres / min
 Lorsque les sats. Se situent entre % et % téléphonez au parent.
 Lorsque les sats. sont inférieurs à % APPELEZ le EMS (911)

17) **Informations concernant le prescripteur de soins de santé** Le formulaire doit être signé par un prescripteur de soins de santé et par un parent / tuteur
 Signature du prescripteur de soins de santé Date Cachet du bureau médical (obligatoire pour le traitement)
 Nom en lettres moulées du prescripteur de soins de santé