



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) 485-3387

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 trachéotomie: _____
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 trachéotomie 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: _____ Temps d'utilisation:
 Litres par minute: _____ En permanence Pendant le sommeil / les siestes Détresse respiratoire
 Canule nasale Masquer Collier de trachéotomie 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