



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**  
**CRISE D'ÉPILEPSIE**

Année scolaire:

NE PAS ÉCRIRE DANS CETTE ZONE

3 156559666

\*\*\*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 15**

12) Informations sur la crise

Type de crise	Durée	Fréquence	Description

Déclencheurs / signes d'avertissement de crise:  Réponse de l'élève après une crise:

13) Premiers soins de base: soins et confort Une crise est généralement considérée comme étant urgente lorsque: Protocole d'urgence:

<ul style="list-style-type: none"> <li>Restez calme et gérez votre temps</li> <li>Gardez l'élève en sécurité (protégez la tête, gardez les voies respiratoires libres / surveillez la respiration, tournez l'élève sur un côté)</li> <li>Ne pas retenir ni mettre quoi que ce soit dans sa bouche</li> <li>Restez avec l'élève jusqu'à ce qu'il soit pleinement conscient</li> <li>Documenter les résultats de la crise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La crise convulsive (tonico-clonique) dure plus de 5 minutes</li> <li>L'élève a des crises répétées, sans reprendre conscience</li> <li>L'élève est blessé ou souffre de diabète</li> <li>L'élève a une crise pour la toute première fois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durée de la crise</li> <li>Mettez l'élève au sol s'il est debout; S'il est en fauteuil roulant, fixez la chaise et protégez la tête de l'élève</li> <li>Éliminer les dangers. Mettre ceux-ci de côté</li> <li>Utiliser des médicaments / les traitements d'urgence lorsqu'ils ont été commandés en fonction du plan</li> <li>Appelez le personnel CPR désigné pour les premiers soins / puis composez le 911 après plus de de 5 minutes ou lorsque des médicaments d'urgence sont utilisés</li> </ul>
--	---	--

14) Protocole de traitement pendant les heures d'école (inclure les médicaments quotidiens et d'urgence)

ER Med.	Médicaments	Dosage et heure dans la journée	Effets secondaires courants et instructions particulières

L'élève a-t-il un VNS (Vagus Nerve Stimulator)? Si oui, décrivez l'utilisation de l'aimant ci-dessous:  
 OUI  NON

15) 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