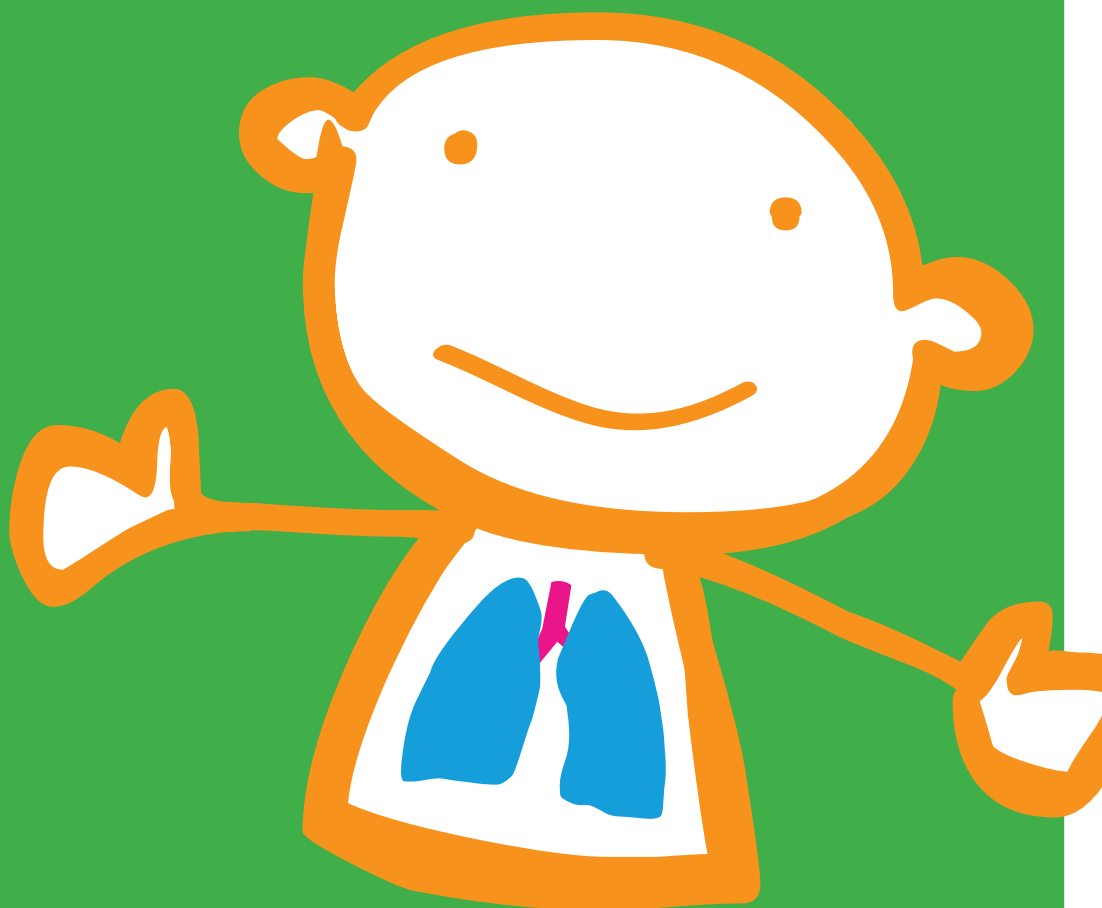


Groupe de Travail
Enfant & Asthme



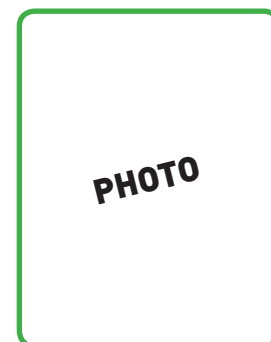
La fiche individuelle d'asthme



Ce projet a été réalisé grâce
au soutien inconditionnel
de MSD Belgium bvba/sprl

VOLET 1. À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT EN CONCERTATION AVEC LES PARENTS

Ce volet doit être complété par le médecin traitant en concertation avec les parents. Le deuxième volet sera complété par le médecin scolaire à l'intention de l'équipe pédagogique. En remplissant le volet 1, les parents acceptent que les données concernant leur enfant soient transmises au personnel de l'école. **Merci d'y joindre deux photos d'identité de l'enfant en question.** La fiche doit être actualisée en début de chaque années scolaire par tous les intervenants concernés.



NOM **PRENOM**

DATE DE NAISSANCE / / **ECOLE** **CLASSE**

1. DEGRÉ DE CONTRÔLE DE L'ASTHME (COCHEZ)

non contrôlé (*)

partiellement contrôlé (*)

bien contrôlé (*)

(*) Selon les critères des directives GINA (Global Initiative for Asthma) (website <http://www.ginasthma.com/>)

2. FACTEURS DÉCLENCHANTS

2.1. Facteurs aspécifiques (Les signes/symptômes se manifestent lors de) :

infections virales

contact avec des substances irritantes dans l'air (fumée de cigarette, produits d'entretien, vapeurs de cuisson, ...)

consommation de boissons froides

variations de température de l'air ambiant

émotions et stress

effort, sport

autres (décrivez) :

.....
.....
.....

Remarques :

.....
.....
.....

2.2. Allergies

Allergène	Démontré par (test)	Date test

3. SYMPTÔMES (COCHEZ)

- toux
- sifflement
- respiration difficile
- abattement
- agitation
- autre (décrire) :

.....

.....

.....

4. FONCTION PULMONAIRE

Mesure la plus récente du volume expiratoire maximal seconde (VEMS) :

Résultat :% de la valeur prédite Réversibilité :%

Valeur habituelle du débit de pointe :l/min

5. MÉDICAMENTS

5.1. Traitement d'entretien

Médicament	Nombre de prises/ jour	Dose/prise	Moment des prises
		
		
		
		

L'emploi d'une chambre d'inhalation est exigé :

Oui Non

L'enfant est-il autonome pour s'auto-administrer son traitement?

Oui Non

VEUILLEZ ANNEXER LA NOTICE DE TOUS LES PRODUITS (DE PRÉFÉRENCE AVEC CROQUIS) À CETTE FICHE. MÊME SI L'ENFANT N'UTILISE PAS SON MÉDICAMENT PENDANT LES HEURES SCOLAIRES, CETTE INFORMATION SERVIRA EN CAS DE VOYAGE SCOLAIRE.

5.2. Traitement de crise

5.2.1. A administrer :

en cas de toux, de sifflement ou d'essoufflement

si l'enfant a des problèmes/signaux suivants :

.....
.....
.....

lorsque la valeur du débit de pointe diminue de : l/min.

5.2.2. Description

Substance :

Dose :

L'emploi d'une chambre d'inhalation est exigé :

Oui Non

L'enfant est-il autonome pour s'auto-administrer son traitement?

Oui Non

VEUILLEZ ANNEXER LA NOTICE DE TOUS LES PRODUITS (DE PRÉFÉRENCE AVEC CROQUIS) À CETTE FICHE. CETTE CONSIGNE EST ÉGALEMENT VALABLE SI L'ENFANT POSSÈDE UN EPIPEN.

5.3. Traitement préventif avant l'effort : voir plus loin (6.4 et 6.5)

6. DONNÉES POUR LE COURS D'ÉDUCATION PHYSIQUE

6.1. Mesures générales

- doit se changer dans une pièce distincte (exempte d'allergènes, de poils de chat/chien et d'acariens)
- doit faire du sport dans une salle sans poussière
- doit pratiquer le sport à l'intérieur si les conditions climatiques sont les suivantes :

.....

.....

.....

6.2. Des exercices d'échauffement sont-ils nécessaires ? Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

6.3. Y a-t-il des limitations physiques ou certaines autres conditions dont il faut tenir compte ?

.....

.....

.....

6.4. L'emploi d'un traitement préventif contre l'asthme est-il nécessaire ? Doit-il être administré systématiquement ou uniquement pour certains types d'effort ?

.....

.....

.....

6.5. Description du traitement préventif

Substance :

Dose :

Le traitement doit être pris :min avant l'effort.

L'emploi d'une chambre d'inhalation est exigé :

- Oui Non

L'enfant est-il autonome pour s'auto-administrer son traitement ?

- Oui Non

6.6. L'enfant peut-il suivre les cours de natation ?

- Oui Non

Si oui, précautions à prendre :

.....
.....
.....

7. AUTRES MANIFESTATIONS D'ALLERGIE (COCHEZ)

- rhinite, conjonctivite
- eczéma
- urticaire
- œdème de Quincke
- choc anaphylactique

8. ALLERGIES ALIMENTAIRES

- Oui Non

Lesquelles?

.....

9. SUIVI MÉDICAL

9.1. Périodicité du suivi de l'enfant par le médecin traitant :

.....

9.2. Date de la dernière consultation chez le médecin traitant :

.....

10. A REMPLIR EN PRÉVISION D'UN VOYAGE SCOLAIRE OU D'UN SÉJOUR AVEC NUITÉES

L'enfant doit (cochez) :

- dormir dans une chambre individuelle sans allergènes
- utiliser un oreiller et une couette personnels
- apporter une housse spéciale antiallergique pour le matelas, l'oreiller et la couette
- éviter de manger certains aliments (voir point 8)

Autres :

.....
.....
.....

11. CONTACTS

Médecin traitant

Nom.....

Prénom.....

Téléphone privé.....

GSM.....

Personne responsable de l'enfant

Nom.....

Prénom.....

Téléphone privé.....

Téléphone professionnel.....

GSM.....

Autre (par exemple grands parents. Spécifiez)

.....

Nom.....

Prénom.....

Téléphone privé.....

Téléphone professionnel.....

GSM.....

LES PARENTS S'ENGAGENT À SIGNALER TOUT CHANGEMENT DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME DE LEUR ENFANT À LA DIRECTION DE L'ÉCOLE QUI TRANSMETTRA L'INFORMATION AU MÉDECIN SCOLAIRE DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS.

Signature du médecin traitant,

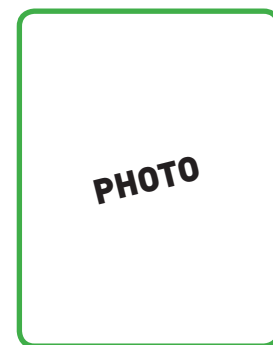
Signature des parents ou tuteur de l'enfant,

Signature du directeur de l'école,

VOLET 1 À REMETTRE À LA DIRECTION DE L'ÉCOLE À L'INTENTION DU MÉDECIN SCOLAIRE.

VOLET 2. A REMPLIR PAR LE MÉDECIN SCOLAIRE

Le but de ce volet consiste à présenter les données du volet 1 sous une forme aisément accessible au personnel de l'école. Il doit être conservé de façon que tous les intéressés puissent facilement le consulter. Au début de chaque année scolaire, il sera parcouru par l'équipe pédagogique, y compris les nouveaux professeurs.



NOM **PRENOM**

DATE DE NAISSANCE / / **ECOLE** **CLASSE**

TRAITEMENT DE CRISE (NOTEZ EN ROUGE)

1.1. A administrer :

en cas de toux, sifflement ou essoufflement

autre (décrivez) :

.....
.....
.....

si la valeur du débit de pointe diminue del/min

1.2. Description

Nom du médicament :

Dose :

Ce produit est administré sous la forme de :

- un aérosol doseur
- un aérosol doseur avec chambre d'inhalation
- un aérosol automatique
- un inhalateur à poudre sèche (type)

.....

VOIR NOTICE JOINTE.

Données pratiques supplémentaires :

.....
.....
.....

Endroit où le traitement de crise est conservé dans l'établissement scolaire :

.....
.....
.....

L'enfant est-il autonome pour s'auto-administrer le traitement de crise?

Oui Non

Si non, qui peut administrer le traitement de crise?

..... ou, en cas d'absence,

CONTRÔLEZ RÉGULIÈREMENT LE FONCTIONNEMENT ET LA DATE DE PÉREMPTION DES MÉDICAMENTS

1.3. Procédure

Administrer immédiatement le traitement de crise dans un endroit calme. En cas d'aérosol doseur, s'il n'a pas encore été utilisé ou pas depuis 2 semaines ou plus, libérez une première dose dans l'air avant d'utiliser le produit. Si la crise ne s'estompe pas après 15 à 20 minutes ou si l'état de l'enfant paraît préoccupant : administrer une seconde dose du médicament et prévenir les parents (ou personne responsable de l'enfant) ou le médecin traitant.

Médecin

Nom.....

Prénom.....

Téléphone privé.....

Téléphone professionnel.....

GSM.....

Parents ou tuteur

Nom.....

Prénom.....

Téléphone privé.....

Téléphone professionnel.....

GSM.....

Exceptionnellement, une crise d'asthme peut être mortelle. Les critères suivants permettent de reconnaître une situation critique :

- Même après la prise du médicament de crise, l'enfant – de par sa détresse respiratoire – ne peut prononcer des phrases entières mais seulement des mots.
- Les lèvres deviennent cyanosées (bleues)
- Le pouls est rapide

En présence de ces symptômes, il faut appeler immédiatement une ambulance (112). Administrer à l'enfant une double dose du traitement de crise toutes les 10 minutes, 3 fois maximum et avertir les parents.

2. TRAITEMENT PRÉVENTIF DANS LE CADRE DES ACTIVITÉS SPORTIVES

2.1. L'enfant a-t-il besoin d'un traitement préventif avant de faire du sport?

Oui Non

Le traitement doit-il être administré systématiquement ou uniquement pour certains types d'effort?

.....
.....
.....

2.2. Description :

Nom du médicament :

Dose :

Ce médicament s'administre sous la forme de :

- un aérosol doseur
- un aérosol doseur avec chambre d'inhalation
- un aérosol automatique
- un inhalateur à poudre sèche, (type)

.....

un comprimé

Combien de temps le médicament doit-il être pris avant le début de la séance de sport?

.....

L'enfant est-il autonome pour s'auto-administrer le traitement?

Oui Non

Si non, qui peut administrer le traitement?

..... ou, en cas d'absence,

3. TRAITEMENT DE FOND (DANS LA PERSPECTIVE D'UN VOYAGE SCOLAIRE)

Moment de la journée	Nom du médicament	Ce médicament s'administre sous la forme de	Nombre de comprimés ou de puffs
Matinée		<input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> aérosol doseur <input type="checkbox"/> aérosol doseur + chambre d'inhalation <input type="checkbox"/> aérosol automatique <input type="checkbox"/> inhalateur à poudre sèche	
		<input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> aérosol doseur <input type="checkbox"/> aérosol doseur + chambre d'inhalation <input type="checkbox"/> aérosol automatique <input type="checkbox"/> inhalateur à poudre sèche	
		<input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> aérosol doseur <input type="checkbox"/> aérosol doseur + chambre d'inhalation <input type="checkbox"/> aérosol automatique <input type="checkbox"/> inhalateur à poudre sèche	
Midi		<input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> aérosol doseur <input type="checkbox"/> aérosol doseur + chambre d'inhalation <input type="checkbox"/> aérosol automatique <input type="checkbox"/> inhalateur à poudre sèche	
		<input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> aérosol doseur <input type="checkbox"/> aérosol doseur + chambre d'inhalation <input type="checkbox"/> aérosol automatique <input type="checkbox"/> inhalateur à poudre sèche	
		<input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> aérosol doseur <input type="checkbox"/> aérosol doseur + chambre d'inhalation <input type="checkbox"/> aérosol automatique <input type="checkbox"/> inhalateur à poudre sèche	
Soirée		<input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> aérosol doseur <input type="checkbox"/> aérosol doseur + chambre d'inhalation <input type="checkbox"/> aérosol automatique <input type="checkbox"/> inhalateur à poudre sèche	
		<input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> aérosol doseur <input type="checkbox"/> aérosol doseur + chambre d'inhalation <input type="checkbox"/> aérosol automatique <input type="checkbox"/> inhalateur à poudre sèche	
		<input type="checkbox"/> comprimé <input type="checkbox"/> aérosol doseur <input type="checkbox"/> aérosol doseur + chambre d'inhalation <input type="checkbox"/> aérosol automatique <input type="checkbox"/> inhalateur à poudre sèche	

Voir notice(s) en annexe.

4. AUTRES RENSEIGNEMENTS

4.1. Facteurs déclenchants

.....

.....

.....

4.2. Allergènes à éviter

.....

.....

.....

4.3. Données pour le cours d'éducation physique

4.3.1. Mesures générales

- doit se changer dans une pièce distincte (exempte d'allergènes, de poils de chat/chien et d'acariens)
- doit faire du sport dans une salle sans poussière
- doit pratiquer le sport à l'intérieur si les conditions climatiques sont les suivantes :

.....

.....

.....

4.3.2. Des exercices d'échauffement sont-ils nécessaires ? Si oui, lesquels ?

.....

.....

.....

4.3.3. Y a-t-il des limitations physiques ou certaines autres conditions dont il faut tenir compte ?

.....

.....

.....

4.3.4. Traitement (Voir point 2)

4.3.5. L'enfant peut-il suivre les cours de natation ?

- Oui Non

Si oui, précautions à prendre :

.....

.....

.....

4.4. A remplir en prévision d'un voyage scolaire ou d'un séjour avec nuitées

L'enfant doit (cochez) :

- dormir dans une chambre individuelle sans allergènes
- utiliser un oreiller et une couette personnels
- apporter une housse spéciale antiallergique pour le matelas, l'oreiller et la couette
- éviter de manger certains aliments (voir point 4.2)

Remarques :

.....

.....

.....

Date et signature du médecin scolaire :

Médecin scolaire

Date	
.....
.....
.....

Infirmière

Date	
.....
.....
.....

Enseignants

Date	
.....
.....
.....



Cette fiche de l'asthme est disponible
(en format pdf) sur les sites suivants:

En français : www.fares.be ou www.oasis-allergies.org

En néerlandais : www.astma-en-allergiekoepel.be



Ce projet a été réalisé grâce
au soutien inconditionnel
de MSD Belgium bvba/sprl

Groupe de Travail
Enfant & Asthme

