

Année scolaire 2024-2025

Les informations contenues dans la fiche santé visent à assurer la santé et la sécurité de l'élève dans ses activités scolaires, parascolaires et en cas d'urgence. Le personnel infirmier et l'hygiéniste dentaire du CIUSSS de la Capitale-Nationale affectés à l'école prendront connaissance des particularités de santé de l'élève et contacteront le parent ou la personne autorisée au besoin pour compléter les informations recueillies. Celles-ci serviront à soutenir et à former le personnel scolaire et parascolaire (direction, personnel enseignant et personnel non enseignant, personnel du service de garde, personnel du transport scolaire et intervenant dans un contexte scolaire).

**SOINS REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE DE MOINS DE 14 ANS**, le personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale communiquera avec le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur afin d'obtenir le consentement aux soins requis par l'état de santé de l'élève de moins de 14 ans<sup>1</sup>.

**SOINS REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ÉLÈVE DE 14 ANS ET PLUS**, l'élève de 14 ans et plus peut consentir seul aux soins requis par sa condition, dans la mesure où il est apte à consentir aux soins<sup>2</sup>. Dans ce contexte, le personnel du CIUSSS n'obtiendra pas le consentement du titulaire de l'autorité parentale ni du tuteur. Si l'état de l'élève de 14 ans et plus exige qu'il demeure dans un établissement de santé ou de services sociaux pendant plus de 12 heures, le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur sera informé.

**EN SITUATION D'URGENCE (NON PRÉVISIBLE)**, la protection de la vie et de l'intégrité physique de l'élève exige que, lorsque sa vie est en péril, toute personne présente lui porte secours et lui fournisse les soins requis<sup>3</sup>. Par conséquent, tout intervenant en milieu scolaire pourra prendre les mesures nécessaires et dispenser les premiers soins. Note : Les frais de transport par ambulance ou taxi sont à la charge de l'autorité parentale. Les parents détenant une assurance accident peuvent réclamer ces frais.

**RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS**, le dossier d'usager qui concerne l'élève tenu par le personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale est confidentiel<sup>4</sup>. La règle générale est à l'effet que le titulaire de l'autorité parentale a droit d'accès au dossier d'un usager mineur. Il existe cependant des exceptions lorsque l'enfant fait l'objet d'une intervention au sens de la Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ c. P-34.1) ou qu'il est visé par une décision au sens de cette loi. **Pour le mineur de 14 ans et plus**, le CIUSSS de la Capitale-Nationale, peut refuser au titulaire de l'autorité parentale l'accès au dossier de son enfant, si ce dernier le refuse, après avoir été consulté par l'établissement. Pour ce faire, l'établissement doit alors établir que la communication du dossier du mineur au titulaire de l'autorité parentale cause ou pourrait causer un préjudice à la santé du mineur<sup>5</sup>.

## AUTORISATION À DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS DE LA FICHE SANTÉ

En signant à la fin de ce document, j'autorise les autorités de l'école à diffuser, pour des raisons de sécurité, au personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale affecté à l'école ainsi qu'à tous les intervenants du milieu scolaire (direction, personnel enseignant, personnel non enseignant, personnel du service de garde, personnel du transport scolaire et intervenant dans un contexte scolaire) les informations que comprend la présente fiche et, en cas d'urgence (accident ou maladie subite), à prendre les mesures nécessaires, à dispenser les premiers soins et à veiller au transport de mon enfant jusqu'au lieu du traitement, si cela s'avère nécessaire.

Si un changement survenait dans l'état de santé de votre enfant, s'il vous plaît, en informer le secrétariat de l'école.

<sup>1</sup> Code civil du Québec, RLRQ c. CCQ-1991, art. 14.

<sup>2</sup> Code civil du Québec, RLRQ c. CCQ-1991, art. 14.

<sup>3</sup> Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c. C-12; art. 2, Code civil du Québec, RLRQ c. CCQ-1991, art. 13; Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c. S-4.2, art. 7.

<sup>4</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c. S-4.2, art. 19.

<sup>5</sup> Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ c. S-4.2, art. 21.

Nom de l'élève : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom de l'élève : \_\_\_\_\_

**PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE (AUTRE QUE L'AUTORITÉ PARENTALE)**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

1- Votre enfant a-t-il une allergie nécessitant un auto-injecteur (ex. : EpiPen) ? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant.

Le protocole d'administration d'épinéphrine en milieu scolaire vous sera envoyé dans le cas d'une réponse positive.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NON                                    | <input type="checkbox"/> Arachides                        |
| <input type="checkbox"/> Noix                                   | <input type="checkbox"/> Fruits                           |
| <input type="checkbox"/> Produits laitiers                      | <input type="checkbox"/> Oeufs                            |
| <input type="checkbox"/> Poisson                                | <input type="checkbox"/> Fruits de mer                    |
| <input type="checkbox"/> Légumineuses                           | <input type="checkbox"/> Latex                            |
| <input type="checkbox"/> Abeille et/ou guêpe                    | <input type="checkbox"/> Graines (moutarde, sésame, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Soya                                   |   |
| <input type="checkbox"/> Autre allergie non listée (PRÉCISER) : |   |

2- Votre enfant a-t-il une allergie ou intolérance (autre que médicamenteuse) NE nécessitant PAS d'auto-injecteur (ex. : EpiPen) ? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant.

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NON   | <input type="checkbox"/> Chiens   |
| <input type="checkbox"/> Autres animaux (chat, cheval, etc.)                   | <input type="checkbox"/> Acariens |
| <input type="checkbox"/> Pollen  | <input type="checkbox"/> Gluten   |
| <input type="checkbox"/> Intolérance aux produits laitiers                     |                                   |
| <input type="checkbox"/> Autre allergie ou intolérance non listée (PRÉCISER) : |                                   |

3- Votre enfant a-t-il une allergie à un médicament ? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NON  | <input type="checkbox"/> Acétaminophène (Tylenol, Tempra, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Ciprofloxacine (Cipro)   | <input type="checkbox"/> Ibuprofène (Advil, Motrin, etc.)       |
| <input type="checkbox"/> Péniciline ou ses dérivés (Amoxicilline, Ampicilline, etc.)            |   |
| <input type="checkbox"/> Sulfaméthoxazole - Triméthoprim (Bactrim, Septra, Cotrimoxazole, etc.) |   |
| <input type="checkbox"/> Autre allergie médicamenteuse non listée :                             |   |

4- Votre enfant présente-t-il une de ces conditions ? Veuillez cocher laquelle ou lesquelles des situations s'appliquent à votre enfant.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> NON  | <input type="checkbox"/> Diabète                      |
| <input type="checkbox"/> Épilepsie  | <input type="checkbox"/> Hémophilie                   |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn/coéliqua  | <input type="checkbox"/> Arthrite juvénile            |
| <input type="checkbox"/> Condition cardiaque  | <input type="checkbox"/> Asthme SANS pompes           |
| <input type="checkbox"/> Asthme AVEC pompes à l'école                                     | <input type="checkbox"/> Trouble spectre de l'autisme |
| <input type="checkbox"/> Trouble moteur   | <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle    |
| <input type="checkbox"/> Trouble du comportement  | <input type="checkbox"/> Trouble auditif ou visuel    |
| <input type="checkbox"/> Trouble organique  |   |
| <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention (TDA) SANS médication                     |   |
| <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention (TDA) AVEC médication                     |   |
| <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) SANS médication |   |
| <input type="checkbox"/> Déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) AVEC médication |   |
| <input type="checkbox"/> Trouble du langage et de la communication                        |   |
| <input type="checkbox"/> Autre :  |   |

**Pour l'élève de 14 ans et plus**

J'ai avisé mon enfant de la transmission de ces informations au personnel de l'école et au personnel infirmier scolaire.

\_\_\_\_\_/ Date : \_\_\_\_\_

SIGNATURE:  PARENT  PERSONNE AUTORISÉE