

3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN

TRAITANT ou à préciser :

Fiche standard – des fiches élaborées avec les sociétés savantes sont disponibles sur Eduscol pour les pathologies les plus fréquentes

Fiche spécifique N° 01

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels autres que le 15 ou le 112 :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Dès les premiers signes, **faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone portable.**

Evaluer la situation et pratiquer :

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement
☐ Toux sèche ☐ Gêne respiratoire ☐ Essoufflement ☐ Respiration sifflante ☐ Pâleur ☐ Autre :	→ Asseoir l'enfant au calme, le/la rassurer, noter l'heure → Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte	☐ Faire inhaler bouffées de ☐ dans la chambre d'inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) ☐ Autre :
Si dans les minutes suivantes il n'y a pas d'amélioration et en l'absence de signes de gravité		☐ Faire inhaler bouffées de ☐ dans la chambre d'inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) ☐ Autre :

Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15 ou 112

Signes de gravité :	Mesures à prendre	Traitement
☐ Sans amélioration dans les minutes ☐ Si apparition de signes de gravité (exemples : Assis et penché en avant a du mal à parler et à tousser/ Sueurs/Agitation/Trouble de la conscience/ Pauses respiratoires/...)	⇒ APPELER le SAMU (15 ou 112) et suivre les consignes données ⇒ Garder l'enfant sous la surveillance d'un adulte en position assise, au calme.	☐ Poursuivre le traitement par inhalation de bouffées de toutes les minutes jusqu'à l'arrivée des secours. ☐ Dans la chambre d'inhalation (chaque bouffée suivie de 5 respirations) ☐ Traitement complémentaire par :

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir : Courrier joint : ☐ OUI ☐ NON

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :