



**Protocole d'intervention
en milieu scolaire
pour les élèves atteints
de diabète de type 1**

Formulaires à faire
remplir par les parents



CONCEPTION ET RÉDACTION DU DOCUMENT

M^{me} Nathalie Dubé, Conseillère clinicienne en soins infirmiers au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale

M^{me} Nicole Lachance, Consultante pour le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)

M^{me} Lyse Lapointe, Responsable du dossier de la déficience motrice et organique au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS)

M. Jacques Pelletier, Infirmier exerçant en milieu scolaire CSSS de la Vieille-Capitale

M^{me} Laurence Rivet, Conseillère en santé physique, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Les formulaires se retrouvant dans ce document du :

Protocole d'intervention en milieu scolaire pour les enfants atteints de diabète de type 1 (11-215-01).

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document peut être consulté et commandé en ligne à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Il peut également être commandé à l'adresse diffusion@msss.gouv.qc.ca ou par la poste :

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications Diffusion
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-00000-0 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-66272-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2012

À remplir par les parents et l'infirmière exerçant en milieu scolaire

Conserver au dossier : - Aide particulière à l'élève
- CLSC

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE ATTEINT DE DIABÈTE

Nom et prénom : _____

Degré et classe : _____

Nom de l'enseignant : _____



Coordonnées des personnes à joindre :

	Parents		Autres personnes	
	Mère	Père		
Nom, prénom				
Téléphone cellulaire				
Téléphone au bureau				
Téléphone à la maison				
Téléavertisseur				

Coordonnées du personnel médical :

	Nom	Téléphone
Médecin traitant		
Infirmière de la clinique de diabète		

CONSENTEMENT	OUI	NON
J'accepte que l'information contenue dans ce document soit transmise par l'infirmière aux intervenants scolaires qui pourraient intervenir en cas d'urgence.		
J'autorise les intervenants scolaires à administrer le traitement prescrit pour traiter l'hypoglycémie selon l'arbre décisionnel figurant au guide d'intervention.		

Signature de l'autorité parentale : _____ Date ____/____/____

Signature de l'infirmière : _____ Date ____/____/____

COLLECTE DE DONNÉES¹

Nom de l'élève : _____ Date de naissance : ____/____/____

Classe : _____ École : _____

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

Diabète de type 1 Depuis : _____

Clinique diabétique : _____

Médecin : _____

Infirmière : _____

Médication : _____ Nombre de fois par jour : _____

Assiduité au traitement : Oui Non

Autonomie au traitement : Oui Non Partiellement

Particularités : _____

Allergie _____ Intolérance _____

Handicap _____ Déficit : _____

Développement psychomoteur : langage _____

motricité fine _____

motricité globale _____

Particularités : _____

1. BIROT, P., M.-P DERVAUX et M. PEGON, (2005). « Le modèle de McGill », *Recherche en soins infirmiers*, n° 80, p. 28-38.

HABITUDES DE VIE

Alimentation : Pour diabétique Équilibré Déficience

Activités et loisirs : _____

Particularités : _____

ÉTAT DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE

État émotif

rapporté par la famille	à l'école	à la rencontre

Type de comportement

rapporté par la famille	à l'école	à la rencontre

Socialisation

avec les pairs : _____

avec les adultes : _____

APPRENTISSAGE – DÉVELOPPEMENT (objectifs, aspirations)

Particularités : _____

ENVIRONNEMENT

Type de logement : _____

Milieu : urbain semi-rural rural

Vit avec : _____

Type de famille : traditionnelle monoparentale
 reconstituée _____
 autre _____

Ethnie : _____ Religion : _____

Langue parlée à la maison : _____

Qualité de la communication : _____

Événements stressants dans la famille : _____

Personnes significatives : _____

Soutien reçu de sa famille : oui non _____

Attitude de la famille face à la gestion du diabète à l'école : _____

Situation financière de la famille : _____
Particularités : _____

Signature de l'infirmière

Date

À remplir par les parents

IDENTIFICATION DE L'AIDANT NATUREL *

J'autorise (nom de l'aidant naturel) _____ à intervenir à l'école ou à la garderie en milieu scolaire auprès de mon enfant atteint de diabète.

Signature de l'autorité parentale : _____

Date : ____/____/____

J'accepte d'intervenir en cas de besoin auprès de : (nom de l'enfant)

Signature de l'aidant naturel : _____

Date : ____/____/____

Application pratique de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi n° 90).

COORDONNÉES DE L'AIDANT NATUREL

NOM, PRÉNOM : _____

ADRESSE : _____

TÉLÉPHONE : _____

CELLULAIRE : _____

TÉLÉAVERTISSEUR : _____

* Un aidant naturel est une personne proche qui fournit sans rémunération des soins et du soutien régulier à une autre personne. C'est une personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité. Il peut s'agir d'un membre de la famille ou d'un ami.

Réf. : ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC. *Application pratique de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi n° 90), 2003.*

LISTE DES ARTICLES OU PRODUITS POUR LES TROUSSES D'URGENCE

Nom et prénom : _____ Classe : _____

ÉLÈVE		CLASSE ET SPÉCIALITÉS	
INJECTIONS MULTIPLES OU POMPE À INSULINE		INJECTIONS MULTIPLES OU POMPE À INSULINE	
<input type="checkbox"/>	Fiche d'identification de l'élève	<input type="checkbox"/>	Fiche d'identification de l'élève
<input type="checkbox"/>	Boîtes de jus (3)	<input type="checkbox"/>	Boîtes de jus (3)
<input type="checkbox"/>	Tablette de glucose (Dextrosol, Dex 4)	<input type="checkbox"/>	Tablette de glucose (Dextrosol, Dex 4)
<input type="checkbox"/>	Glucomètre	Autres articles/produits : _____ _____	
<input type="checkbox"/>	Lancettes		
<input type="checkbox"/>	Bandelettes		
Autres articles /produits : _____ _____			

TROUSSE PRINCIPALE
(ENDROIT ACCESSIBLE EN TOUT TEMPS)

INJECTIONS MULTIPLES		POMPE À INSULINE	
<input type="checkbox"/>	Fiche d'identification de l'élève atteint de diabète	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Instructions pour intervenir en cas d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Jus (3 boîtes)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Glucagon, y compris les instructions d'utilisation	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Tablette de glucose (Dextrosol, Dex. 4)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Glucides rapides (Insta-Glucose, sirop d'érable, miel)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Lancettes	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Bandelettes	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Glucomètre calibré (piles en réserve)	<input type="checkbox"/>	
	Consignes pour l'utilisation de la pompe	<input type="checkbox"/>	
	Piles en réserve (pour la pompe à insuline)	<input type="checkbox"/>	
	Pour changement de pile : une pièce de vingt-cinq cents (pour ouverture du couvercle de la pile de la pompe à insuline)	<input type="checkbox"/>	

ARTICLES ET PRODUITS FACULTATIFS

Glucomètre calibré pour mesurer les cétones (quelques bandelettes pour mesurer les cétones)	Réservoir d'insuline pour la pompe
Seringues à tuberculine	Ensemble de perfusion (cathéter inclus)
Crème ou timbres Emla	1 bouteille d'insuline gardée au réfrigérateur
Bouteille de désinfectant pour les mains	Papiers mouchoirs
Pansement pellicule plastique (6 cm x 7 cm, 4 cm x 4 cm)	Tampons alcoolisés
Pansements stériles	Stylo
Autres articles/produits : _____ _____	

Signature de l'autorité parentale : _____ Date : _____

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

À remplir par la direction de l'école

Conserver au dossier : - École

RENSEIGNEMENTS À TRANSMETTRE AU SERVICE DE TRANSPORT SCOLAIRE

A. À remplir à la fin de l'année scolaire pour la planification de l'année suivante

Nom de l'école		À l'usage du service de transport
Nom des élèves	Adresse (numéro, rue, municipalité)	No Circuit

B. À l'arrivée d'un nouvel élève en cours d'année scolaire

Nom de l'école : _____

Nom de l'élève : _____

Adresse de l'élève : _____

Numéro

Rue

_____ Municipalité

À l'usage du service de transport :

Numéro de circuit : _____

www.msss.gouv.qc.ca

