

## Modèle de page couverture d'un plan d'action propre à une maladie donnée

Plan d'action pour [état] \_\_\_\_\_

de : \_\_\_\_\_ [nom de l'enfant]



Date de préparation : \_\_\_\_\_

Date(s) de révision : \_\_\_\_\_

Remarque : Révisez l'information avec les parents tous les six mois ou dès que le traitement est modifié.

Date de naissance de l'enfant : \_\_\_\_\_

Poids de l'enfant : \_\_\_\_\_

Membre du personnel désigné (s'il y a lieu) :  
\_\_\_\_\_

### Personne-ressource

Mère ou tutrice : \_\_\_\_\_

Tél. : domicile \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_ cellulaire \_\_\_\_\_

Père ou tuteur : \_\_\_\_\_

Tél. : domicile \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_ cellulaire \_\_\_\_\_

L'enfant vit avec : \_\_\_\_\_

Nom du médecin de l'enfant : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom de l'allergologue (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Autre personne-ressource d'urgence (s'il est impossible de joindre les parents) : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Tél. : domicile \_\_\_\_\_ travail \_\_\_\_\_ cellulaire \_\_\_\_\_

Avertir les parents, les tuteurs ou l'autre personne-ressource d'urgence dans les cas suivants : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inscrire tout autre problème qui peut influencer sur le traitement de l'enfant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom, adresse et numéro de téléphone du milieu de garde