

NOM : Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE

à renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Protocole destiné à la mise en œuvre de traitements d'urgence par des personnels non soignants sur le temps scolaire, périscolaire ou extra-scolaire.

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| Nom : | Prénom : |
| Date de naissance : | Poids : |

| |
|-------------------------------------------------------|
| COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE (à cocher) |
| |

| Symptômes | Conduite à tenir |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>En cas d'apparition d'un des signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">•••••• <p>Signes d'aggravation :</p> <ul style="list-style-type: none">••••• <p>Traitement de fond de l'enfant :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Informations utiles à transmettre au 15 :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>➤ Appeler le centre 15 (112) et suivre leurs recommandations</p> <p>➤ Prévenir la famille</p> |

Date :

Cachet et signature du médecin qui suit l'enfant :