

3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser :

Fiche spécifique N° 05

Nom/ Prénom :	Date de Naissance :
Numéros d'urgence spécifiques éventuels autres que le 18 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
Nausées ou vomissements modérés	<input type="checkbox"/> Contacter immédiatement les parents <input type="checkbox"/> Installer l'enfant dans un lieu calme et aéré	<input type="checkbox"/> Traitement éventuel :
Fièvre	<input type="checkbox"/> Contacter immédiatement les parents	<input type="checkbox"/> Ne pas donner de traitement antipyrétique <input type="checkbox"/> Donner en cas de fièvre : paracétamol Forme : Dose : 1 dose toutes les 6 heures si douleur, maximum 4 doses par jour.
Asthénie (fatigue)	<input type="checkbox"/> Installer l'enfant dans un lieu calme et aéré <input type="checkbox"/> Contacter les parents	
Autre :		

Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 18 ou le 112

Signes de gravité :	Mesures à prendre	Traitement
Vomissements importants	<input type="checkbox"/> Contacter immédiatement les parents <input type="checkbox"/> Installer l'enfant dans un lieu calme et aéré	
Autre :		

Dispositifs :

<input type="checkbox"/> Présence d'un cathéter veineux central <input type="checkbox"/> Autre cathéter veineux <input type="checkbox"/> Prothèse	<input type="checkbox"/> Pansement à maintenir au sec <input type="checkbox"/> Si pansement suintant ou défait, contacter les parents <input type="checkbox"/> Autre :	
---	--	--

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 du Médecin de l'Inspection Médicale des Scolaires et 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 :