

## Protocole de soins d'urgence A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Téléphones domicile et portable : .....

Établissement Scolaire : ..... Classe : .....

Allergie à .....

### Avis du médecin qui suit l'enfant

- panier repas fourni par la famille  
 menu habituel avec éviction simple de : .....

(surveillance des menus par les parents)

**sous réserve de l'acceptation par le responsable de la restauration collective**

### Avis du médecin de l'éducation nationale

- panier repas seul autorisé

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir : spécialité posologie
<b>Urticaire aigue</b>	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
<b>Conjonctivite Rhinite</b>	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
<b>Œdème sans signe respiratoire</b>	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
<b>Troubles digestifs</b>	Douleurs abdominales, vomissements	
<b>Crise d'Asthme</b>	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
<b>Œdème avec signes respiratoires</b>	Toux rauque, voix modifiée Signes d'asphyxie, d'étouffement	
<b>Choc ou malaise</b>	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

**Si la situation ne s'améliore pas et/ou vous inquiète contacter le SAMU 15**

**Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent**

Vu le .....  
signature du médecin Éducation nationale

Date  
Signature et cachet du médecin qui suit l'enfant