



1213, Debeck Road  
Penticton, C.-B. V2A 3Z1  
250-770-7691  
ecole\_entre\_lacs@csf.bc.ca

# ALERTE MÉDICALE QUESTIONNAIRE

<b>Nom de l'élève :</b>	<b>Date de naissance:</b>
<b>Cas d'urgence médicale</b> <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Problème cardiaque <input type="checkbox"/> Convulsion épileptique <input type="checkbox"/> Allergies sévères à : _____ _____	<b>Problèmes médicaux non urgents</b> <input type="checkbox"/> Allergies légères (contrôlées avec des médicaments) <input type="checkbox"/> Asthme léger (contrôlé avec des médicaments) <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dyslexie <input type="checkbox"/> Migraine <input type="checkbox"/> Narcolepsie <input type="checkbox"/> Personne malentendante <input type="checkbox"/> Personne aveugle <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Infirmité : _____ <input type="checkbox"/> Allergies aux médicaments : _____ <input type="checkbox"/> Problèmes engendrés par des chirurgies antérieures : _____ <input type="checkbox"/> Autres : _____
<b>Symptômes occasionnés</b> <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Difficultés respiratoires <input type="checkbox"/> Gonflement (yeux, lèvres, visage, langue) <input type="checkbox"/> Étroitesse / fermeture de la gorge <input type="checkbox"/> Évanouissement / perte de conscience <input type="checkbox"/> Autres: _____ _____	
<b>Votre enfant a-t-il déjà reçu des soins médicaux à l'urgence pour une réaction allergique sévère ?</b>	
<b>Votre enfant a-t-il déjà reçu des soins médicaux à l'urgence à cause de son diabète ?</b>	
<b>Cause d'asthme sévère</b> <input type="checkbox"/> Difficulté extrême à respirer <input type="checkbox"/> Toux incontrôlable <input type="checkbox"/> Bronchite non contrôlée avec une médication	
<b>En cas d'une situation d'urgence à l'école, identifiez les mesures qui sont nécessaires afin de répondre adéquatement aux besoins de votre enfant</b> <input type="checkbox"/> Le personnel de l'école doit être informé <input type="checkbox"/> Le personnel de l'école doit avoir une formation médicale spécifique <input type="checkbox"/> EpiPen doit être disponible dans l'école <input type="checkbox"/> Une trousse d'urgence avec des médicaments doit être maintenue dans des secteurs indiqués <input type="checkbox"/> Mon enfant doit prendre des médicaments à l'école	
<b>Médicament:</b> la politique du Conseil interdit à tout le personnel de l'école d'administrer des médicaments prescrits par un médecin à moins que le parent ne remplisse et retourne le formulaire d'autorisation pour administrer un médicament à un élève.	



1213, Debeck Road  
 Penticton, C.-B. V2A 3Z1  
 250-770-7691  
 ecole\_entre\_lacs@csf.bc.ca

# ALERTE MÉDICALE QUESTIONNAIRE

<b>Student's name :</b>	<b>Date of birth:</b>
<b>Emergency Conditions</b> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Heart Condition <input type="checkbox"/> Seizure <input type="checkbox"/> Severe allergies to: _____ _____	<b>Non Emergency Conditions</b> <input type="checkbox"/> Mild allergies (controlled with medication) <input type="checkbox"/> Mild asthma (controlled with medication) <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dyslexia <input type="checkbox"/> Migraine headache <input type="checkbox"/> Narcolepsy <input type="checkbox"/> Hearing impaired <input type="checkbox"/> Visually impaired <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Physical disability: _____ <input type="checkbox"/> Medication allergy : _____ <input type="checkbox"/> Past history of major surgery with ongoing medical problem _____ <input type="checkbox"/> Specify others : _____
<b>Causing symptoms such as:</b> <input type="checkbox"/> Hives <input type="checkbox"/> Difficulty breathing <input type="checkbox"/> Swelling (eyes, lips, face, tongue) <input type="checkbox"/> Throat tightness / closing <input type="checkbox"/> Fainting / loss of consciousness <input type="checkbox"/> Specify others: _____ _____	

**Your child has ever required emergency care in a hospital for a severe allergic reaction ?**

**Your child has ever required emergency care in a hospital for his/her diabete ?**

**Severe asthma causing:**

- Extreme difficulty breathing
- Uncontrollable coughing
- Wheezing not relieved with medication

**In case of an emergency situation in the school, identify the following measures which are necessary to meet your child need**

- Informing school personnel
- Specific medical training of school staff
- Available epipen in the school
- Une trousse d'urgence avec des médicaments doit être maintenue dans des secteurs indiqués
- My child takes medications during school hours

**Medication :** *The CSF policy prohibits school personnel from providing students any prescribed medication unless a parent completes and returns the authorization form to give a child medication.*

Lise Rodrigue, Mai 2018 - OneDrive CSF / Formulaires médicaux - Questionnaire medical



Le Conseil scolaire francophone de la  
 100 - 13511 Commerce Parkway, Richmond, (C.-B.) V6V 2J8  
 Téléphone 1-604-214-2600 / 1-888-715-2200 Télécopieur 1-604-214- 9881