



# FORMULAIRE D'ALLERGIES SEVERES

## IDENTIFICATION DE L'ENFANT ALLERGIQUE

Nom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Parc \_\_\_\_\_

Groupe \_\_\_\_\_

Nom de l'animateur \_\_\_\_\_

No d'assurance maladie \_\_\_\_\_

Exp : \_\_\_\_\_

Placer la photo de l'enfant ici

## INFORMATIONS SUR LES PARENTS

<b>Nom du père :</b>		
Maison :	Cell :	Travail :
<b>Nom de la mère :</b>		
Maison :	Cell :	Travail :
<b>Contact d'urgence 1 :</b>		
Maison :	Cell :	Travail :
<b>Contact d'urgence 2 :</b>		
Maison :	Cell :	Travail :

## MEDICATION

<b>Médicament 1 :</b>	Expiration :
À utiliser dans le cas où :	
<b>Médicament 2 :</b>	Expiration :
À utiliser dans le cas où :	

Pour une question de sécurité, l'enfant doit porter son Épipen ou toute autre médication sur lui en tout temps.



## INFORMATIONS SUR L'ALLERGIE

Allergie : \_\_\_\_\_

Par quel contact l'enfant est-il allergique ?

<input type="checkbox"/>	En touchant la substance allergène
<input type="checkbox"/>	En inhalant l'odeur
<input type="checkbox"/>	Après en avoir mangé

Quand l'enfant a-t-il été diagnostiqué ? \_\_\_\_\_

Combien de fois l'enfant a-t-il fait une réaction allergique ? \_\_\_\_\_

Quel est le temps écoulé entre le contact avec la substance et le début des réactions ?

\_\_\_\_\_

Signes et symptômes observables lors de réactions allergiques :

<input type="checkbox"/>	Respiration bruyante, voix rauque	<input type="checkbox"/>	Étourdissement
<input type="checkbox"/>	Toux persistante	<input type="checkbox"/>	Pâleur et sueurs froides
<input type="checkbox"/>	Congestion nasale	<input type="checkbox"/>	Altération du niveau de conscience
<input type="checkbox"/>	Peau bleutée	<input type="checkbox"/>	Enflure localisée
<input type="checkbox"/>	Sensation d'étouffement	<input type="checkbox"/>	Plaques (urticaire)
<input type="checkbox"/>	Difficulté à avaler	<input type="checkbox"/>	Rougeurs
<input type="checkbox"/>	Pouls rapide et faible	<input type="checkbox"/>	Démangeaisons
<input type="checkbox"/>	Autres : _____		

## COMMENTAIRES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature du parent : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_