

Académie :  
Département :

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

Fiche standard – des fiches élaborées avec les sociétés savantes sont disponibles sur Eduscol pour les pathologies les plus fréquentes

#### Fiche Standard

|  |                     |
|--|---------------------|
| Nom/ Prénom :  | Date de Naissance : |
| Numéros d'urgence spécifiques éventuels autres que le 15 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                 |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> : | →                 | <input type="checkbox"/> : |
| <input type="checkbox"/> : | →                 | <input type="checkbox"/> : |
| <input type="checkbox"/> : | →                 | <input type="checkbox"/> : |
| <input type="checkbox"/> : |                   | <input type="checkbox"/> : |
|                            |                   | <input type="checkbox"/> : |

Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15 ou 112

| Signes de gravité :        | Mesures à prendre | Traitement                 |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> : | →                 | <input type="checkbox"/> : |
| <input type="checkbox"/> : | →                 | <input type="checkbox"/> : |
| <input type="checkbox"/> : |                   | <input type="checkbox"/> : |
| <input type="checkbox"/> : |                   |                            |

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 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 :