MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Académie: Département : VAR

NICE

DSDEN 83 Mission de Promotion de la Santé en Faveur des Elèves



3 - CONDUITE A TENIR EN CAS D'URGENCE - PARTIE MEDECIN TRAITANT ou à préciser : Fiche standard et fiches élaborées avec les sociétés savantes pour les pathologies les plus fréquentes sont disponibles sur Eduscol Fiche spécifique N° 06 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 à prendre **DOULEUR ISOLÉE non** thoracique réchauffer, lui donner à boire. Forme: Dose: 1 dose toutes les 6 heures si douleur, (sans fatigue ni pâleur ni Si la douleur persiste au bout de 30 minutes une maximum 4 doses par jour. fièvre) consultation médicale est urgente : appeler à 🗋 Autre : nouveau les parents et s'ils ne sont pas joignables Forme : Dose: très rapidement, appeler le 15 ou le 112 Autre: Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15 ou le 112 Signes de gravité Mesures à prendre Traitement FIÈVRE ≥ 38.5 °C Une consultation hospitalière pour bilan est urgente

En attendant, en cas de fièvre : ET/OU : appeler les parents et le 15 ou 112 pour transport paracétamol PÂLEUR AVEC FATIGUE de l'enfant au centre hospitalier référent Dose: INTENSE D'APPARITION 1 dose toutes les 6 heures si douleur, RAPIDE En attendant le service d'urgence : mise au repos + maximum 4 doses par jour. boisson + éviter tout refroidissement Douleur au niveau du ☐ Autre : thorax, même isolée TAUX D'HÉMOGLOBINE DE BASE : g/dL 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 : Signature du médecin : Date: