

FICHE DE SIGNALEMENT MALADIES INFECTIEUSES EN MILIEU SCOLAIRE

À REMPLIR PAR L'ÉCOLE ET À SIGNALER À L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE

Nom de l'infirmière : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____ Télécopieur : _____



Situations à signaler à l'infirmière scolaire, le jour même, selon les modalités établies :

- | | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Gale | <input type="checkbox"/> Hépatite A | <input type="checkbox"/> Impétigo | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rubéole | <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Gastro-entérite | <input type="checkbox"/> Conjonctivite |
| <input type="checkbox"/> Pédiculose (poux) | <input type="checkbox"/> Oxyurose | <input type="checkbox"/> Teigne cuir chevelu | <input type="checkbox"/> Teigne corps | |
| <input type="checkbox"/> Érythème infectieux (5 ^e maladie) | <input type="checkbox"/> Scarlatine ou pharyngite à streptocoque du groupe A | | | |

INFORMATIONS SUR LE CAS SIGNALÉ

(SVP compléter chacune des lignes)

École: _____ Téléphone : _____

Nom de la personne malade : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No

Rue

Municipalité

Code postal

Groupe : _____ Sexe : F M Date de naissance : _____ / _____ / _____

A

M

J

Responsable à contacter : _____ Mère Père Autre : _____

Téléphone : (Résidence) _____ (Travail) _____ (Cellulaire) _____

Diagnostic médical : Non Oui - Précisez : _____

Nom du médecin consulté : _____ Téléphone : _____

Signature : _____ Date : _____ / _____ / _____

Personne qui remplit cette fiche

A

M

J

À REMPLIR PAR L'INFIRMIÈRE SCOLAIRE ET À SIGNALER À LA DSP

Les cas ont été confirmés par un médecin et toutes les informations sont inscrites dans l'encadré précédent.



L'infirmière scolaire doit signaler les maladies suivantes, le jour même, à la DSP par télécopieur au 450 928-3023 :

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Hépatite A | <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Rubéole |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ / _____ / _____

A

M

J

Installation du CLSC : _____ Téléphone : _____ Poste : _____