

Logo de l'établissement

Fiche de symptômes en lien avec un possible problème de qualité de l'air dans le milieu scolaire
Élèves

Identification du patient

Nom : _____ N° dossier : _____
Prénom : _____
DDN : _____ (aaaa/mm/jj) NAM : _____
 Homme Femme Enceinte
Adresse : _____
Ville : _____ CP : _____
Téléphone : _____
Occupation ou employeur : _____

Cette fiche vise à collecter les symptômes ressentis par un élève possiblement liés à un problème de qualité de l'air en milieu scolaire. Elle peut être complétée par l'élève de plus de 14 ans, par un parent d'un élève de moins de 14 ans ou par une infirmière scolaire. Une fois complétée, cette fiche est remise à l'infirmière scolaire et va dans le dossier santé de l'élève au Centre de santé et de services sociaux (données confidentielles). Au besoin, l'infirmière scolaire pourrait aviser verbalement la direction d'école de la présence de symptômes. À noter que l'information contenue dans cette fiche pourrait servir aux fins d'enquête à la Direction de santé publique.

1. IDENTIFICATION

Établissement : _____ Année scolaire : _____

Depuis quand l'élève fréquente-t-il cet établissement? : _____

Local où il passe la majorité de son temps : _____

2. DESCRIPTION DE LA PROBLÉMATIQUE

2.1 Décrivez les symptômes et les inconforts ressentis. Soyez le plus précis possible.

2.2 Depuis quand ces symptômes et ces inconforts sont-ils apparus? _____

2.3 Si les symptômes durent depuis plusieurs mois ou années : Est-ce que les symptômes et les inconforts sont pires à certaines périodes de l'année? Si oui, lesquelles?

Non Oui, lesquelles : _____

2.4 À quel(s) moment(s) souffre-t-il de ces symptômes et de ces inconforts :

⇒ durant la journée?

Toute la journée Matin Après-midi

En soirée La nuit

⇒ quels jours?

Début de la semaine Vers la fin de la semaine

La fin de semaine Journées occasionnelles, au hasard

Journée(s) spécifique(s) (veuillez préciser) : _____

2.5 Est-ce que les symptômes et les inconforts diminuent ou disparaissent à certains moments?

Non

Oui, précisez à quel(s) moment(s) : _____

2.6 Indiquez les conditions de santé s'appliquant à l'élève :

Asthme Maladie respiratoire autre que l'asthme

Allergies

Autres, précisez : _____

Fiche de symptômes - Élèves

Dossier médical : _____

Dernière révision : 2015/03/31

Unité ou Service : _____

3. ENVIRONNEMENT DE L'ÉLÈVE

Y a-t-il des endroits où il ressent davantage de symptômes ou d'inconforts? Si oui, lesquels (soyez le plus précis possible)?

Non Oui, lesquels : _____

4. SUIVI

4.1 Avez-vous consulté un médecin en lien avec les symptômes et les inconforts nommés?

Non

Oui Date de consultation : _____ (aaaa/mm/jj)

Indiquer le nom du médecin et de la clinique : _____

4.2 Un diagnostic a-t-il été émis?

Non

Oui, lequel : _____

4.3 Avez-vous avisé la direction de l'établissement scolaire de vos préoccupations en lien avec la qualité de l'air?

Non Oui

5. AUTRES COMMENTAIRES

J'autorise l'infirmière scolaire à réaliser les interventions santé requises en lien avec l'information fournie dans cette fiche.

Signature du parent (si - de 14 ans) : _____ Date : _____

Signature de l'élève (si 14 ans ou +) : _____ Date : _____

Signature de l'infirmière scolaire : _____ Date : _____

Direction d'établissement avisée par l'infirmière de la présence de symptômes :

Non Oui Date : _____ (aaaa/mm/jj)