



Institut de l'Enfant-Jésus Lycée

Rue de Sotriamont, 1
1400 NIVELLES
Tél. 067 / 89.38.00
Courriel : secretariat@iejn.be
<http://www.iejn.be/lycee>

Nivelles, le 1 septembre 2019.

Concerne: Actes de soins

Chers parents,

Il nous semble utile et important de faire le point sur quelques aspects de la vie à l'école concernant les soins de santé apportés aux élèves.

Au quotidien, des « petits soins » sont prodigués par les éducateurs ou les personnes de l'accueil : désinfection d'une plaie, pose d'un pansement, ... Nous tenons à rappeler que l'école ne dispose pas de personnel paramédical. Aucun médicament ne sera donné aux élèves à l'exception de Paracétamol (sauf contre-indication). Par ailleurs, notre R.O.I. prévoit les conditions d'accès à l'infirmerie.

Notre établissement accueille aussi des élèves nécessitant une attention et des soins particuliers. Il peut s'agir d'enfants souffrant d'une maladie chronique (asthme, épilepsie, diabète, ...), d'allergies, d'intolérance alimentaire, ou qui ont besoin de soins spécialisés (blessure avec un suivi particulier, ...). Il arrive que les parents sollicitent l'intervention des membres du personnel dans le traitement de la maladie, par exemple pour administrer un médicament.

Pour les élèves concernés, il nous paraît opportun d'obtenir divers renseignements, notamment :

- la nature de la maladie
- ses symptômes
- son évolution
- ses conséquences (régime alimentaire, aménagement d'horaire, ...)
- le traitement suivi (ordonnance signée par le médecin traitant indiquant avec précision le médicament qu'il convient d'administrer : nom, doses et horaires)
- les risques que cette maladie peut faire courir au jeune et à son entourage.

Nous vous demandons de remplir le talon joint à la présente et de le remettre à l'éducateur responsable de l'année **pour le lundi 9 septembre au plus tard**. Il est évident que les données récoltées sont soumises à l'obligation de discrétion professionnelle dont les membres du personnel font preuve.

Dans des situations de crise (épilepsie, diabète, ...) où un jeune doit recevoir des soins plus complexes tels qu'une injection intraveineuse ou intrarectale, nous ne ferons pas exécuter cet acte par un membre du personnel. Il sera fait appel à un médecin ou aux

services d'urgence. De telles injections requièrent en effet une manipulation de produits stériles, une formation et une pratique que les membres du personnel n'ont pas. Ces situations nécessitent de travailler de façon concertée avec les parents, le personnel médical du centre PMS et le centre PSE.

Lors d'un accident grave, nous faisons appel dans les plus brefs délais à un médecin ou aux services d'urgence qui dirigent le blessé vers l'Hôpital de Nivelles. Nous prévenons le plus rapidement possible les parents ou les personnes investies de l'autorité parentale.

J'ose espérer que les informations du présent courrier vous sont utiles.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs,

O. MEINGUET
Directeur

Annexe : à remettre à l'éducateur responsable de l'année pour
le lundi 9 septembre au plus tard

FICHE A REMETTRE
à l'EDUCATEUR responsable de l'année
pour le LUNDI 9 septembre au plus tard.

Je soussigné(e) , père/mère/responsable de

Nom et prénom :

Niveau : **Classe** (entourer) : A – B – C – D – E – F – G – H – I – J

ai pris connaissance du courrier « Actes de soins » du 1 septembre 2019.

Mon enfant souffre :

- d'une maladie chronique (asthme, épilepsie, diabète,...) OUI / NON (*)
Si oui, laquelle

- d'allergies
 - à l'iode : OUI / NON (*)
 - autres : OUI / NON (*)
Si oui, laquelle :

- d'intolérance alimentaire OUI / NON (*)
Si oui, laquelle :

Mon enfant nécessite des soins spécialisés : OUI / NON (*)

Si oui, description

- de la nature de la maladie

- de ses symptômes

- de son évolution

- de ses conséquences (régime alimentaire, aménagement d'horaire,...)

- du traitement suivi (ordonnance signée par le médecin traitant indiquant avec précision le médicament qu'il convient d'administrer : nom, doses et horaires)

- des risques que cette maladie peut faire courir au jeune et à son entourage

En cas de départ en ambulance, l'hôpital nous demande de leur communiquer vos coordonnées :

Père : Nom et prénom :
Adresse :
Numéro de GSM :

Mère : Nom et prénom :
Adresse :
Numéro de GSM :

Elève : Nom et prénom :
Adresse :
Numéro de registre national :

Médecin traitant : Nom et prénom :
Numéro de téléphone :

Date et Signature :