



## FORMULAIRE RELIÉ AUX ALLERGIES

Nom du campeur/membre du personnel : \_\_\_\_\_

Le groupe du jeune est au camp avec (si applicable) : \_\_\_\_\_

**Quelles sont les allergies du jeune/vos allergies?** Donner des détails précis.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aliment (remplir le Formulaire des besoins alimentaires) | <input type="checkbox"/> Liées à l'environnement    |
| <input type="checkbox"/> Insectes   | <input type="checkbox"/> Médicaments                |
| <input type="checkbox"/> Guêpes/Abeilles  | <input type="checkbox"/> Autre (dresser la liste) : |

Détails des allergènes particuliers :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Réactions allergiques :**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Silement (cornage) | <input type="checkbox"/> Gonflement (lèvres/gorge/langue) |
| <input type="checkbox"/> Érythème (rougeur) | <input type="checkbox"/> Essoufflement                    |
| <input type="checkbox"/> Urticaire          | <input type="checkbox"/> Nausée ou vomissement            |
| <input type="checkbox"/> Congestion nasale  | <input type="checkbox"/> Autre _____                      |
| <input type="checkbox"/> Yeux larmoyants    |   |

**Traitements appliqués lors des réactions précédentes :**

- EpiPen
- Benadryl
- Benadryl et EpiPen
- Autre - décrire \_\_\_\_\_
- Il n'y a pas eu de réaction nécessitant un traitement.

**Connaissance, autonomie du campeur/membre du personnel (si applicable) :**

- Transporte en tout temps son EpiPen
- Quelqu'un d'autre est toujours responsable de l'EpiPen
- A lui-même/elle-même utilisé l'EpiPen

Connaissance/compréhension des substances allergènes, que faut-il observer, quelles questions posées, etc. :

- Limitée
- Assez bonne
- Bonne

Combien d'ÉpiPen le campeur a-t-il apportés au camp? \_\_ un \_\_deux \_\_+ de deux.

**Y-a-t-il d'autres renseignements que nous devons savoir?**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_