

DIAGNOSTIC EDUCATIF PARENTS

DATE : / /

Pré-remplir les éléments déjà connus...

NOM : **Prénom :**

Date de naissance : / / **Age :** ans

Scolarité : Classe fréquentée :

QU'EST-CE QUE VOTRE ENFANT A ?

A quels aliments votre enfant est-il allergique ?

.....
.....

Fait-il de l'asthme ?

oui non

A-t-il une rhinite et/ou une conjonctivite ?

oui non

Fait-il de l'eczéma ?

oui non

A t-il d'autres allergies ?

oui non

Si oui, lesquelles ? (acariens, pollens, animaux)

.....

.....

Votre enfant a-t-il un traitement ?

Si oui, lequel ?

.....

.....

.....

A quel âge les allergies alimentaires de votre enfant ont-elles été dépistées ?

.....

Comment, dans quelles

circonstances ?

.....

.....

Votre enfant a-t-il déjà été hospitalisé pour une réaction allergique alimentaire ?

.....

.....

Quelles réactions allergiques a-t-il déjà présenté ? (eczéma, rhinite, conjonctivite, asthme, urticaire, œdème laryngé, choc anaphylactique, douleurs abdominales/vomissements, autres :)

Racontez la dernière réaction

.....

.....

Avez-vous une trousse d'urgence ? (composition, date de péremption, lieu de rangement, éventuelle utilisation, craintes, notamment de l'ANAPEN)

.....

.....

.....

QUI SONT L'ENFANT ET SES PARENTS ?

QUE FONT-IL ?

Quelle est votre situation familiale ? (*vie commune, séparés, vit avec sa mère, son père, nombre de frères et sœurs, nationalité ?*) et où habitez-vous ? (*campagne, ville, maison, appartement, jardin potager..*)

.....
.....
.....

Comment vous alimentez-vous ? (*plutôt « maison », plutôt avec des produits de l'industrie agroalimentaire et habitudes alimentaire culturelles*)

.....
.....
.....

Excluez-vous les traces ?

.....

Comment faites-vous les courses ? (*Où ? temps nécessaire, avec votre enfant, lecture des étiquettes, mots recherchés*).....

.....
.....

Prenez-vous toujours les mêmes produits alimentaires ? (*garantis sans arachide, sans œufs...*) et lesquels ?

.....
.....

QUE SAVEZ-VOUS SUR L'ALLERGIE ALIMENTAIRE DE VOTRE ENFANT ?

Que savez-vous de l'allergie alimentaire ? (*signes, gravité, physiopathologie, évolution, guérison*)

.....
.....
.....

Savez vous comment utiliser la trousse d'urgence de votre enfant ? (*utilisation des médicaments en fonction des symptômes : antihistaminiques, broncho-dilatateurs, chambre d'inhalation, corticoïdes, ANAPEN*)

.....
.....
.....
.....

COMMENT VIVEZ-VOUS L'ALLERGIE DE VOTRE ENFANT

Comment votre enfant vit-il son allergie alimentaire ? (*plaisir, frustration, refus des aliments*)

.....
.....

Comment vivez-vous le fait d'avoir votre enfant allergique alimentaire ? (*degré d'acceptation au sein de la famille : parents, fratrie, grands parents*).

.....
.....
.....

Y a-t-il des choses que l'allergie alimentaire de votre enfant vous empêche de faire ?_ Lesquelles ? Quels seraient vos désirs ?

.....
.....

« Bien vivre avec son allergie alimentaire »

VIE SOCIALE :

A l'école (PAI, cantine, panier repas, goûters d'anniversaire, sorties, difficultés)

.....
.....

A l'extérieur (restaurant, vacances, amis, famille, grands parents, centres aérés, colonies, séjours à l'étranger).....

.....

Avez-vous d'autres questions concernant l'allergie alimentaire de votre enfant :?

.....
.....
.....

Avez-vous des commentaires à ajouter ?.....

.....
.....

Attentes par rapport à ces séances.....

.....
.....

SYNTHESE ET CONCLUSION

Points facilitants (capacité à communiquer et à expliquer, acceptation de sa maladie, compliance, connaissances...) :

.....
.....

Points limitants (difficultés de communication, anxiété , refus de socialisation ...) :

.....
.....

Compétences (acquisition, maintien, mobilisation) :

.....
.....
.....

Autres observations :

.....
.....
.....

« Bien vivre avec son allergie alimentaire »

