

# ENFANT DIABÉTIQUE DE TYPE 1

## QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES PARENTS

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Date du diagnostic de diabète : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année      Mois      Jour      Année      Mois      Jour

### Pour les questions suivantes, encerclez la lettre qui correspond à votre réponse.

- Êtes-vous joignable en tout temps?
  - Oui
  - Non
- Depuis qu'il (elle) est diabétique, est-ce que votre enfant a déjà fréquenté des camps d'été?
  - Oui
  - Non – Passez à la question 4.
- De quel(s) camp(s) s'agissait-il? Indiquez toutes les réponses appropriées.
  - Camp d'été pour enfants diabétiques
  - Camp de jour Kéno
  - Autre camp de jour, lequel: \_\_\_\_\_
  - Autre camp d'été (avec coucher), lequel: \_\_\_\_\_
- À l'école ou lors d'un camp, est-ce que votre enfant a déjà subi un ou des épisode(s) d'hypoglycémie sévère (avec perte de conscience partielle ou totale)?
  - Oui
  - Non
- Pendant la journée, votre enfant doit mesurer sa glycémie (indiquez toutes les réponses appropriées):
  - À la collation du matin
  - Au dîner
  - À la collation de l'après-midi
  - À tout autre moment, en cas d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie
- Lequel de ces énoncés décrit le mieux le degré d'autonomie de votre enfant pour la mesure de sa glycémie?
  - Mon enfant est totalement autonome pour la mesure de sa glycémie.
  - Mon enfant est autonome pour effectuer son test, mais on doit lui rappeler le moment de le faire.
  - Mon enfant est capable d'effectuer son test (installer la bandelette, piquer son doigt, déposer la goutte de sang sur la bandelette), mais doit le faire sous surveillance (ex : pour vérifier la valeur affichée par l'appareil).
  - Mon enfant ne peut pas faire son test seul(e).

7. Le jour, en cas d'hypoglycémie, votre enfant ressent des symptômes?
- a) Toujours
  - b) La plupart du temps
  - c) Rarement ou jamais
8. Votre enfant reçoit son insuline au moyen :
- a) d'un stylo injecteur
  - b) d'une pompe à insuline
9. Pendant la journée, votre enfant doit recevoir une injection ou un bolus d'insuline (encerclez toutes les réponses appropriées):
- a) À la collation du matin
  - b) Au dîner
  - c) À la collation de l'après-midi
  - d) À tout autre moment, en cas d'hyperglycémie
10. Lequel de ces énoncés décrit le mieux le degré d'autonomie de votre enfant pour l'administration de son insuline?
- a) Mon enfant est totalement autonome pour se donner son insuline.
  - b) Mon enfant est autonome pour se donner son insuline, mais on doit lui rappeler le moment de le faire.
  - c) Mon enfant est capable de se donner son insuline, mais doit le faire sous surveillance (ex: pour vérifier la dose sur son stylo, ou pour s'assurer que la glycémie et le nombre de grammes de glucides sont correctement saisis sur la pompe et que le bolus est injecté).
  - d) Mon enfant ne peut pas se donner son insuline seul(e).

---

### RESPECT DE DÉCISION

---

Advenant le cas où la direction de Kéno se voyait dans l'obligation de refuser l'inscription de mon enfant au Camp de jour, en raison de son manque d'autonomie dans la gestion de son diabète, je m'engage à respecter sa décision.

Advenant le cas où la direction de Kéno acceptait l'inscription de mon enfant et que, suite à son admission, une fois sur le terrain, le personnel du Camp de jour Kéno constate que mon enfant ne s'avère pas suffisamment autonome pour gérer son diabète, Kéno se réserve le droit de revenir sur sa décision et de me contacter pour retourner mon enfant à la maison. Par la présente, je m'engage à respecter sa décision.

Je suis conscient(e) que ces décisions seront prises uniquement **pour la sécurité de mon enfant** et que cela ne veut pas dire que mon enfant sera systématiquement refusé l'an prochain.

---

Signature du parent ou tuteur

---

Date

**À L'INTENTION DES PARENTS D'ENFANTS DIABÉTIQUES  
JUGÉS SUFFISAMMENT AUTONOMES POUR FRÉQUENTER LE CAMP DE JOUR KÉNO**

1. Il est de votre responsabilité de communiquer au Camp de jour Kéno, avant la première journée de votre enfant au camp, tous les renseignements particuliers liés au diabète de votre enfant et au moins les renseignements suivants:
  - a) Les heures quotidiennes habituelles des tests de glycémie
  - b) Les heures quotidiennes habituelles des doses d'insuline
  - c) Le(s) numéro(s) de téléphone où joindre **directement** un des parents de l'enfant, **à toute heure du jour**
  - d) Toute autre information qui vous aura été demandée

**À défaut de quoi, l'accès au camp pourra être refusé à votre enfant.**

2. À l'arrivée de votre enfant à la première journée du camp, vous devrez apporter:
  - a) Une petite trousse ou petit sac que votre enfant, ou son moniteur (selon l'âge de votre enfant), devra toujours garder à portée de la main, contenant le matériel requis pour le traitement de son diabète (ex: stylo, glucomètre, bandelettes, piqueur..) ainsi que ce qu'il faut pour traiter au moins deux épisodes d'hypoglycémie (jus, comprimés de glucose, ...).
  - b) Un sac identifié au nom de l'enfant et contenant une réserve de fournitures (ex: bandelettes) et de produits (jus, comprimés de glucose...) pour traiter au moins cinq épisodes d'hypoglycémie. Cette réserve sera gardée par les responsables du Camp et vous devrez vérifier régulièrement qu'elle est suffisamment garnie.
3. Veuillez prendre note qu'en l'absence de « professionnels » de la santé sur les sites des camps, l'administration de glucagon ne pourra être faite par aucun moniteur, employé ou membre de la direction de Kéno si votre enfant devait subir un épisode d'hypoglycémie avec perte de conscience.

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, confirme avoir pris connaissance des conditions se rattachant à l'admission de mon enfant au Camp de jour Kéno, je les accepte et m'engage à les respecter.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou tuteur

\_\_\_\_\_  
Date

**FICHE DE L'ENFANT DIABÉTIQUE  
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Âge: \_\_\_\_\_ ans      Date de naissance: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année      Mois      Jour

Numéro d'assurance maladie: \_\_\_\_\_

Période(s) propice(s) à une réaction hypoglycémique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PHOTO

**URGENCE**

Hôpital: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

N° dossier: \_\_\_\_\_

**FRÈRE(S) ET/OU SŒUR(S) AU CAMP**

1. Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

2. Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

3. Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

**FICHE DE L'ENFANT DIABÉTIQUE  
INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (SUITE...)**

**NUMÉROS DE TÉLÉPHONE IMPORTANTS** (date: \_\_\_\_\_)

**Camp de jour Kéno** - Directrice du camp de jour: **Joann Doyon - Kaprelle**

Bureau: 418 872-0786 poste 237

418 872-9949

**Cellulaire de l'enfant:** \_\_\_\_\_

**Père** - Nom: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

Téléavertisseur: \_\_\_\_\_

Bureau: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Résidence: \_\_\_\_\_

**Mère** - Nom: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

Téléavertisseur: \_\_\_\_\_

Bureau: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Résidence: \_\_\_\_\_

**Gardienne** - Nom: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

Téléavertisseur: \_\_\_\_\_

Bureau: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Résidence: \_\_\_\_\_

**Autres personnes responsables de l'enfant**

Nom: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

Téléavertisseur: \_\_\_\_\_

Bureau: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Résidence: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

Téléavertisseur: \_\_\_\_\_

Bureau: \_\_\_\_\_ Poste: \_\_\_\_\_

Résidence: \_\_\_\_\_

**Personnes ressources**

\_\_\_\_\_, Infirmière - Téléphone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Pédiatre-endocrino - Téléphone: \_\_\_\_\_

Exemple d'instructions écrites quotidiennes qu'il est souhaitable de fournir dans la boîte à lunch de votre enfant:

**INSTRUCTIONS ÉCRITES QUOTIDIENNES**  
**DIABÈTE DE TYPE 1**

Aujourd'hui, on est: \_\_\_\_\_

Bonjour \_\_\_\_\_  
Nom de l'enfant

**Ta collation pour ce matin:**

Si ta glycémie est plus que 12, bolus de: \_\_\_\_\_

Si ta glycémie est entre 5 et 12, bolus de: \_\_\_\_\_

Si ta glycémie est en bas de 5, bolus de: \_\_\_\_\_

**Ce midi, tu manges:**  un lunch

Si ta glycémie est plus que 10, bolus de: \_\_\_\_\_

Si ta glycémie est entre 5 et 10, bolus de: \_\_\_\_\_

Si ta glycémie est en bas de 5, bolus de: \_\_\_\_\_

**Ta collation pour cet après-midi:**

Si ta glycémie est plus que 12, bolus de: \_\_\_\_\_

Si ta glycémie est entre 5 et 12, bolus de: \_\_\_\_\_

Si ta glycémie est en bas de 5, bolus de: \_\_\_\_\_

Passe une belle journée!