**LETTRE AUX PARENTS/TUTEURS ET AUX MEMBRES DU PERSONNEL**

|  |
| --- |
| **IMPORTANT** concernant l’usage de ces lettres :   * **Les MADO doivent toujours être signalées à la DSPublique afin qu’elle valide la démarche.** * L’accord préalable d’un professionnel de la santé compétent ou de la direction de la santé publique est **OBLIGATOIRE AVANT** que la lettre soit envoyée. |

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Service de garde ou école : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objet : Gastroentérite**

Chers parents/tuteurs,

Chers membres du personnel,

Actuellement, au service de garde ou à l’école, plusieurs personnes sont atteintes de diarrhée ou de vomissements. La gastroentérite infectieuse peut être contagieuse.

Un enfant qui présente de la diarrhée ou des vomissements, devrait rester à la maison si un des éléments suivants est présent :

* Il fait de la fièvre.
* Il est trop malade pour participer aux activités du service de garde ou de la classe.
* Il a présenté des vomissements au cours des 24 dernières heures.
* Il présente des selles diarrhéiques et:
  + Il y a présence de mucus ou de sang dans ses selles (consultation médicale recommandée) ou
  + Il est incapable d’utiliser les toilettes pour chacune de ses selles (incontinent) ou
  + Il porte une couche et ses selles ne peuvent être contenues dans sa couche.

Tant que l’enfant a de la diarrhée ou des vomissements, il ne doit pas fréquenter les lieux de baignade jusqu’à 24 heures après la fin de ces symptômes.

Si un médecin est consulté, apportez cette lettre.

Pour plus d’informations, nous vous suggérons de consulter la page [*Gastroentérite (gastro)*](https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/grippe-rhume-et-gastro/gastro-enterite#c1810) du site internet Quebec.ca.

Merci de votre collaboration

**À CONSERVER POUR VOS DOSSIERS CONCERNANT L’ENVOI DE CETTE LETTRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de l’établissement contacté : |  |  |
| Nom et titre du professionnel de la santé autorisant l’envoi de la lettre : |  |  |
|  |  |  |
| Nom : |  |  |
| Titre : |  |  |
| Téléphone/Teams : |  |  |
| Courriel : |  |  |
| Date de l’autorisation : |  |  |
|  |  |  |