

Photo de l'élève

(cachet de l'établissement)

Promotion de la santé
en faveur des élèves

PROJET d'ACCUEIL INDIVIDUALISE
Scolarisation d'un enfant ou d'un adolescent atteint de troubles de la santé
B.O. n° 24 du 18.9.2003 – Circulaire n° 2003-135 du 8.09.03

L'élève :

NOM **PRENOM**

DATE DE NAISSANCE/...../..... **CLASSE**

Les responsables de l'élève :

Je soussigné(e),

	<i>Mère (ou tutrice)</i>	<i>Père (ou tuteur)</i>
<i>Nom</i>	Mme	M.
<i>Prénom</i>		
<i>Adresse</i>		

Domicile	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Mobile	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Travail	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

autorise un personnel enseignant ou encadrant :

 à délivrer les médicaments prescrits dans les conditions précisées sur l'ordonnance jointe (voie orale ou inhalée).
 Le responsable légal fournira impérativement l'ordonnance récente et les médicaments prescrits.

RENSEIGNEMENTS

Bilan allergologique effectué le (date) :
 par le Docteur :

L'élève est allergique à (préciser le ou les allergènes en cause) :

Aliments à exclure :
 Traces autorisées Oui Non

à
com
pl
ét
er
pa
r
la
fa
mi
lle

PROTOCOLE D'URGENCE

LA TROUSSE D'URGENCE

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE (case à cocher)

- | | | |
|--|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> AERIUS <i>Desloratadine</i> | <input type="checkbox"/> ANAPEN | <input type="checkbox"/> SOLUPRED <i>Prednisolone</i> |
| <input type="checkbox"/> KESTIN <i>Ebastine</i> | <input type="checkbox"/> JEXT | <input type="checkbox"/> VENTOLINE <i>Salbutamol</i> |
| <input type="checkbox"/> XYZAL <i>Lévocétirizine</i> | <input type="checkbox"/> EIPEN | <input type="checkbox"/> AIROMIR <i>Salbutamol</i> |
| - Chambre d'inhalation | <input type="checkbox"/> EMERADE | <input type="checkbox"/> CELESTENE <i>Bétaméthasone</i> |
| - Le PAI et le protocole d'injection | | |

LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE (Spécifier clairement un ou plusieurs emplacements)

LIEU DE DEPOT DES MEDICAMENTS.....

.....

Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.

La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.

CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE pendant ou juste après avoir mangé (jusqu'à 2h après le repas)

REACTION LEGERE	
Apparition de : <ul style="list-style-type: none">• La bouche qui pique ou gratte, le nez qui coule.• Les lèvres gonflent• Plaques rouges qui grattent• Mal au ventre et envie de vomir	1) Donner : case à cocher <input type="checkbox"/> AERIUS ou <input type="checkbox"/> XYZAL ou <input type="checkbox"/> KESTIN Dose : <input type="checkbox"/> SOLUPRED orodispersible Dose : 2) Surveiller l'enfant et prévenir les parents
MAIS IL PARLE ET RESPIRE BIEN.	

SI AGGRAVATION OU REACTION SEVERE D'EMBLEE

<ul style="list-style-type: none">• La voix change• Il a du mal à parler• Il respire mal, siffle, touse• Mal au ventre, vomit• Se gratte les mains, les pieds, la tête <p>IL SE SENT MAL OU BIZARRE, IL FAIT UN MALAISE.</p>	1) Injecter (face externe de la cuisse) <input type="checkbox"/> ANAPEN <input type="checkbox"/> EIPEN <input type="checkbox"/> EMERADE <input type="checkbox"/> JEXT Dose selon le poids : <input type="checkbox"/> < 25 kg dose : 0,15 mg <input type="checkbox"/> ≥ 25 kg dose : 0,30 mg 2) Appeler le 15 (112) et suivre ses consignes. 3) Aider à respirer en donnant VENTOLINE Dose selon le poids : <input type="checkbox"/> entre 10 et 20 kg : 5 bouffées <input type="checkbox"/> supérieur à 20 kg : 10 bouffées Plus <input type="checkbox"/> SOLUPRED ou <input type="checkbox"/> CELESTENE Dose : Plus <input type="checkbox"/> AERIUS ou <input type="checkbox"/> XYZAL ou <input type="checkbox"/> KESTIN Dose :
---	--

AMENAGEMENTS A METTRE EN OEUVRE

REPAS

L'organisation et la faisabilité de ces préconisations seront précisées avec les responsables de la restauration scolaire.

Panier repas seul autorisé

Si panier repas, celui-ci ne doit pas être déposé dans le même réfrigérateur que des médicaments.
Modalités pour la prise du repas (maintien de la chaîne du froid, lieu du repas, surveillance...) :

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

Régime spécifique garanti par le distributeur de restauration collective

Menus proposés par la cantine avec éviction simple de l'aliment concerné, faite :

- sous contrôle du personnel de cuisine
- par l'élève (dans ce cas, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée)

Gouter (modalités à préciser)

..... à compléter en concertation avec l'école ou l'établissement scolaire

Une attention particulière doit être portée lors de la manipulation de certains matériaux allergisants.

Travaux manuels, ateliers de cuisine, éviter la manipulation de :

- fruits à coques (amandes, noix, noisettes...)
- arachides (cacahuètes)
- pâte à modeler
- pâte à sel
- autres :

Autres aménagements à préciser :

SORTIES ET VOYAGES SCOLAIRES

▶ Emporter la trousse d'urgence complète avec le PAI.

▶ L'adrénaline auto-injectable (Anapen, Jext, Epipen, Emerade) doit être conservée à température ambiante **inférieure à 25°**. Lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme.

▶ Prendre un téléphone mobile et s'assurer de la couverture du réseau.

▶ La personne responsable de la sortie doit avertir la structure d'accueil de l'existence du PAI et s'assurer que les conditions d'accueil permettront d'appliquer les consignes contenues dans le document. Sinon, en informer la famille.

La famille est chargée de transmettre le PAI au responsable des TAP, du restaurant scolaire...

Fait à :le

Les parents ou tuteurs	Le directeur d'école ou le chef d'établissement	L'enseignant et/ou le CPE	L'infirmière scolaire	Le médecin (cachet et signature)	Autres