

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ► I

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

ÉLÈVE CONCERNÉ	ANNÉE SCOLAIRE :
NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : ADRESSE DU LIEU DE VIE DE L'ÉLÈVE : ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE (tampon) : CLASSE :	

PARTIES PRENANTES

Coordonnées des responsables légaux

NOM – PRÉNOM	ADRESSE	TELEPHONE
Parent effectuant la demande de PAI :		Fixe Portable Mail
Parent :		Fixe Portable Mail
Autre responsable légal :		Fixe Portable Mail

Centre Médico-Scolaire de référence :

RÉFÉRENTS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

- Parents ou responsables légaux :
- Centre 15 / 112
- Médecin ou service hospitalier :
- Autre :

PROTOCOLE D'URGENCE

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE

- VENTOLINE

- Chambre d'inhalation (*cocher la case concernée*) :

- avec masque
- avec embout buccal

- Un exemplaire du PAI

CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE

SYMPTÔMES	CONDUITE A TENIR
<p>Signes d'appel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gêne respiratoire - Essoufflement - Irritation de la gorge - Oppression thoracique - Sifflements audibles - Pincement des narines 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en position assise, au calme, rassurer. - Donner le traitement : VENTOLINE <p>Poids de l'enfant (<i>case à cocher</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> entre 10 et 20 kilos : 5 bouffées <input type="checkbox"/> supérieur à 20 kilos : 10 bouffées <p>Si les signes persistent après 20 minutes, renouveler le traitement avec les même doses.</p>
<p>Si pas d'amélioration après la deuxième prise ou si signes de gravité d'emblée</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angoisse - Difficultés pour parler - Sueurs - Agitation - Pâleur - Lèvres bleues (cyanose) - Epuisement - Somnolence 	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en position assise, au calme, rassurer. - Appeler le Centre 15 en précisant l'heure de début de la crise et le traitement administré. - Suivre les instructions du 15. - Appeler la famille

ÉLÈVE Nom - Prénom :

AMÉNAGEMENTS À METTRE EN OEUVRE

LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE

Préciser :

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

Ne pas oublier de l'emporter en cas de sortie hors de l'école avec le PAI.

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

SPORT

- Nécessité de VENTOLINE avant l'effort.

Oui nombre de bouffées :

Non

- Si essoufflement : arrêter l'activité en cours.

EN CAS DE VOYAGE SCOLAIRE

L'enfant suivra le traitement habituel qu'il prend à domicile.

Dans ce cas, fournir l'ordonnance en cours de validité et les médicaments.

MODALITÉS D'ADMINISTRATION DU FLACON AÉROSOL

AVEC UNE CHAMBRE D'INHALATION

Secouer le flacon aérosol

L'emboucher à la chambre d'inhalation.

L'enfant respire dans la chambre d'inhalation

Pulvériser le nombre de doses ordonnées :

- ✓ L'enfant respire dans la chambre d'inhalation, compter jusqu'à 5 entre 2 pulvérisations.

EN SPRAY

Agiter le flacon aérosol

Introduire l'embout dans la bouche

Expirer longuement

Commencer une inspiration lente et profonde par la bouche appuyant sur l'aérosol tout en continuant d'inspirer conformément à la notice.

Retenir la respiration pendant 10 secondes

Expirer normalement

Recommencer aussitôt avec la seconde bouffée de produit

ÉLÈVE Nom - Prénom :

Signataires (nom et signature obligatoire)		
Date :		
Nom du médecin qui a complété le PAI : (tampon et signature)		
Parents ou responsables légaux	Directeur d'école ou chef d'établissement	Inspecteur EN
Enseignant principal	Représentant de la collectivité (restauration, périscolaire)	Autres intervenants (AVS.....)