

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

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 : ☎ CLASSE : | |

PARTIES PRENANTES

► Coordonnées des responsables légaux

| NOM – PRÉNOM | ADRESSE (SI DIFFÉRENTE DE L'ÉLÈVE) | TELEPHONE |
|--|------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Parent : | | ☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL |
| <input type="checkbox"/> Parent : | | ☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL |
| <input type="checkbox"/> Autre responsable légal : | | ☎ ☎ PORT. ☎ TRAVAIL |

- Directeur d'école ou chef d'établissement :
- Enseignant ou professeur principal :
- Personnes ayant la charge de l'élève (AVS...) :
- Médecin scolaire : Médecin PMI :
- Infirmière scolaire : Infirmière PMI :
- Médecin traitant ☎
- Médecin spécialiste ou service spécialisé ☎
- Représentant de la collectivité territoriale :

RÉFÉRENTS À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

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

PROTOCOLE D'URGENCE

*Protocole rédigé et signé par le médecin traitant ou l'allergologue
(un exemplaire doit être inséré dans la trousse d'urgence)*

Date du bilan allergologique :

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

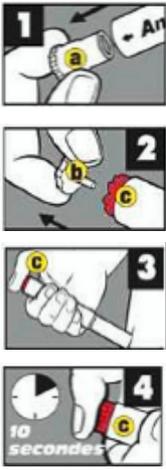
En cas d'ingestion accidentelle d'un allergène, prendre l'avis du SAMU 15 sans attendre l'apparition des signes.

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desloratadine ou Aérius : | <input type="checkbox"/> Adrénaline injectable : |
| <input type="checkbox"/> Prednisolone ou Solupred : | <input type="checkbox"/> Anapen à 0.15 mg (<25kg) |
| <input type="checkbox"/> Ventoline : | <input type="checkbox"/> Anapen à 0.3 mg (>25 kg) |
| | <input type="checkbox"/> autres : |

CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE

■ **Noter l'heure d'apparition des signes cliniques**

| SIGNES D'APPEL | CONDUITE A TENIR ET/OU TRAITEMENT ET POSOLOGIE |
|--|---|
| <p align="center">REACTION SEVERE</p> <p>Ma voix change J'ai du mal à parler Je respire mal, je siffle, je tousse J'ai très mal au ventre, je vomis Je me gratte les mains, les pieds, la tête Je me sens mal ou bizarre, je fais un malaise</p> <p align="center">ATTENTION! CELA PEUT ETRE GRAVE</p> | <p align="center">1. Injecter l'ANAPEN (face extérieure de la cuisse)</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Enlevez le bouchon noir protecteur de l'aiguille. 2. Enlevez le bouchon noir de sécurité recouvrant le bouton rouge déclencheur d'injection. 3. Appuyez fermement le dispositif sur la face extérieure de la cuisse, puis appuyez sur le bouton rouge déclencheur. Si nécessaire, l'injection peut être pratiquée à travers le vêtement lorsqu'il est en tissu léger. 4. Maintenez l'auto-injecteur Anapen en position pendant 10 secondes (afin de permettre l'injection de la dose complète d'adrénaline). Massez doucement le site d'injection. <p align="center">2. Appeler le SAMU (15 ou 112)</p> <p align="center">3. Aider à respirer :</p> <p>- Ventoline : bouffées à répéter toutes les minutes si besoin</p> <p>- Solupred ou prednisolone : cp à faire fondre sous la langue</p> |
| <p align="center">REACTION LEGERE</p> <p>Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule Mes lèvres gonflent J'ai des plaques rouge qui grattent J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir</p> <p align="center">MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Desloratadine ou aérius : 2. Surveiller l'enfant et prévenir les parents 3. Si aggravation : TRAITER COMME UNE REACTION SEVERE |

■ **Appeler le SAMU 15**

- ▶ Informer de l'existence et du contenu du PAI
- ▶ Signaler ce qui a été fait, c'est-à-dire l'heure d'apparition des signes cliniques et les médicaments donnés. Suivre les instructions.
- ▶ Avertir ou faire avertir les parents de l'élève ou ses représentants légaux.
- ▶ Rester à côté de l'élève

Date :

Signature et cachet du médecin

AMÉNAGEMENTS À METTRE EN OEUVRE

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

Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.
Elle doit comporter l'ordonnance détaillée pour les soins.

L'adrénaline auto-injectable peut être conservée à température ambiante n'excédant pas 25° pendant 18 mois.
Toutefois, lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme.

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

PRISE ALIMENTAIRE

REPAS

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

La famille s'engage à prévenir dès que possible de l'absence de l'élève en téléphonant au :

Menus proposés par la cantine avec éviction simple de l'agent allergisant faite :

sous contrôle du personnel de cuisine par l'élève ☞ Dans ce cas, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée.

GOÛTER

Modalités à préciser :

PENDANT LES COURS

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 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.

ÉLÈVE ► Nom - Prénom :

| Date : | | SIGNATAIRES (nom - signature) | |
|---|--|------------------------------------|--|
| Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignant ou professeur principal | |
| Médecin(s) (cachet et signature) | Infirmier(e) scolaire (nom et signature) | Autres intervenants | |

RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ

- Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire **à la demande des parents**.
- Si aucune modification dans le traitement ou le protocole n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.
- Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption.

| Année scolaire : | | Reconduit le : | |
|------------------|---|--|------------------------------------|
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignant ou professeur principal |
| | Médecin(s) (cachet et signature) | Infirmier(e) scolaire (nom et signature) | Autres intervenants |

| Année scolaire : | | Reconduit le : | |
|------------------|---|--|------------------------------------|
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignant ou professeur principal |
| | Médecin(s) (cachet et signature) | Infirmier(e) scolaire (nom et signature) | Autres intervenants |

| Année scolaire : | | Reconduit le : | |
|------------------|---|--|------------------------------------|
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d'école ou chef d'établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignant ou professeur principal |
| | Médecin(s) (cachet et signature) | Infirmier(e) scolaire (nom et signature) | Autres intervenants |