

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE POUR ENFANT ASTHMATIQUE
ANNEE SCOLAIRE

PREMIER PAI

RENOUVELLEMENT

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE :

NOM DE L'ELEVE :

Prénom:

Date de naissance :

Etablissement scolaire :

Classe :...

NOM DU RESPONSABLE LEGAL :.....

Adresse :.....

TELEPHONES EN CAS D'URGENCE (à maintenir actualisés) :

Les urgences : Téléphone standard : 15

Téléphone portable : 112

	PERE	MERE	Représentant légal si autre
Nom			
Domicile	0596	0596	
Travail			
portable	0696	0696	

DEMANDE DES PARENTS :

Je soussignée....., père, mère, représentant légal demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir des renseignements fournis par mon médecin traitant le Dr.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant sur le temps scolaire. Je demande à ces personnels de suivre les recommandations prévues dans ce document.

Date :

Signature du représentant légal :

SIGNATURE DU PAI PAR LES PARTIES PRENANTES

Les parties prenantes ont pris connaissance des recommandations du médecin traitant figurant au dos de ce document et s'engagent à les communiquer aux personnes qui pourraient être amené à les remplacer. Astreints au secret professionnel, ils ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève.

Localisation de la trousse d'urgence :.....

En cas de déplacement, emporter le traitement et ce projet d'accueil individualisé

Il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

<i>FONCTION</i>	<i>NOM</i>	<i>SIGNATURE</i>	<i>DATE</i>
Directeur d'école Chef d'établissement			
Médecin scolaire			
Infirmière scolaire			
Parents			

A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

EVITER LES FACTEURS DECLENCHANT LA CRISE D'ASTHME

L'ELEVE PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?

Poils ou plumes d'animaux :

Poussières, acariens :

Autres* :

Blattes :

*en cas d'allergie alimentaire nécessitant une adaptation à la cantine et/ou un traitement d'urgence spécifique, un formulaire de PAI adapté, plus précis, doit être utilisé

TRAITEMENT EN CAS DE CRISE

Signes d'appel : gêne respiratoire, essoufflement, respiration sifflante, toux persistante, souvent sèche

1. Rester calme, rassurer l'enfant, l'installer à l'écart du groupe, au calme, le laisser assis ; NE PAS LE LAISSER SEUL
2. Appeler ses parents et Faire chercher sa trousse d'urgence
3. Administrer le traitement sans délai : joindre l'ordonnance au PAI

Faire inhaler dans une chambre d'inhalation BABYHALER ou VOLUMATIC ou AEROCHAMBER :

.....

Laisser respirer l'enfant une dizaine de fois dans la chambre

4. **Si pas d'amélioration dans les 2 minutes** faire inhaler à nouveau avec la chambre d'inhalation :.....

5. En cas d'échec du traitement de la crise

Si au bout de 10 minutes l'enfant ne va pas mieux, voire s'aggrave :

Redonner le même traitement et appeler le SAMU 15 sur fixe, 112 sur portable

Signes d'aggravation : Appeler d'emblée le SAMU

enfant angoissé ++++
 enfant qui a du mal à parler
 épuisement
 bleuissement des lèvres, sueurs
 pouls rapide > 120 par minute

CONDUITE A TENIR POUR L'ACTIVITE SPORTIVE

Inaptitude totale : (uniquement en cas d'asthme persistant, sévère, mal équilibré, ou pour un autre motif que l'asthme) :

Inaptitude partielle :

dans ce cas, quels sont les sports déconseillés : course d'endurance, de vitesse,

autre :...endurance.....

Conditions particulières pour la pratique du sport :

Echauffement progressif ; arrêt de l'effort si toux ou forte gêne respiratoire

Traitement 30 minutes avant le sport :

Nom du médicament :.....Posologie :.....

DATE	CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT

Protocole d'intervention en cas d'urgence (2/2)

Elève :

Ecole :

Date naissance :

Classe :

ANNEE SCOLAIRE :

Précautions supplémentaires en cas de crise d'asthme

Surveiller

Si **aggravation** ou si la **crise ne cède pas après 10 mn** suivant le traitement **APPELER LE SAMU 15 (ou 112 sur le portable)**

Signes d'aggravation

- enfant angoissé ++++
- enfant qui a du mal à parler
- bleuissement des lèvres
- pouls rapide > 120 par minute
- épuisement

DANS TOUS LES CAS PREVENIR LES PARENTS

Il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

Signatures et date:

Parents

Directeur

Médecin EN

Médecin traitant