



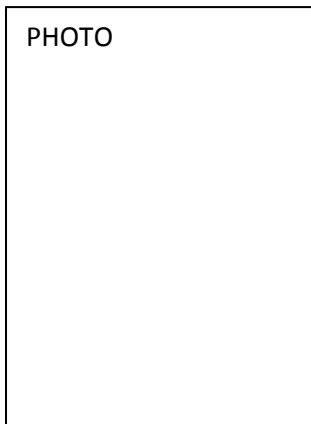
PAI ALLERGIES

Projet d'Accueil Individualisé

Date:

PAI initial

PAI de suivi



Nom(s) de l'élève:	Prénom(s):
Matricule:	Cycle/classe:
Etablissement scolaire:	Adresse: Commune:
Nom(s) représentant légal/parents:	Adresse:
1.	1.
2.	2.
Téléphone Maison: Bureau: GSM:	E-mail:

Délégation de soin :

Je soussigné,
Représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé / PAI à partir de la prescription médicale et du protocole d'intervention d'urgence du Dr
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance et appliqué par les personnels en charge de mon enfant : école, équipe de santé scolaire, équipe psychologique.

Il est de ma responsabilité de:

- vérifier la date de péremption des médicaments
- de les renouveler dès qu'ils sont périmés
- en cas de changement de prescription médicale, d'informer les personnes en charge de l'enfant et l'équipe de santé scolaire

Date et signature du représentant légal:

➤ Médecin prescripteur du PAI:

Nom:

Signature: date:

➤ Médecin Scolaire:

Nom:

Signature:

PAI reçu le: transmis à: date:

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

À remplir par le médecin prescripteur du PAI

CONSIGNES

1) Trousse d'urgence

Contenu	1) Copie du plan d'urgence	
	2) Médicaments:	
	1. 2. 3.	
	3) Autre:	
Localisation	Infirmierie:	Salle de classe:
	Autre:	
Remarques	Cette trousse doit contenir un double de ce document	
	<p>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</p> <p>En cas de déplacement scolaire: les parents sont priés de ramener la trousse d'urgence de la maison</p> <p>Informez les parents en cas d'utilisation de la trousse</p>	

2) Conditions d'accueil

Goûters	Restauration scolaire	Activités d'art plastique, cuisine et précaution éventuelle de manipulation
<input type="checkbox"/> apportés par l'enfant	<input type="checkbox"/> non autorisée	<input type="checkbox"/> aucune restriction
<input type="checkbox"/> éviction simple	<input type="checkbox"/> paniers repas de la maison	<input type="checkbox"/> pâte à sel, pâte à modeler à éviter
<input type="checkbox"/> fruits et légumes frais rincés et distribués par l'enseignante	<input type="checkbox"/> repas garantis sans allergènes par le Distributeur de restauration collective	<input type="checkbox"/> arachide, fruits à coque à exclure

3) Autres aménagements éventuels:

.....

Date: Signature et cachet du médecin prescripteur du PAI:

A remplir par le médecin prescripteur du PAI

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

PLAN D'ACTION EN URGENCE – ALLERGIES





Aliments à exclure:	1.	4.
	2.	5.
	3.	6.

REACTION SEVERE

- 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, je fais un malaise

ATTENTION ! CELA PEUT ÊTRE GRAVE. FAITES POUR MOI RAPIDEMENT LES BONS GESTES

➔ **1. INJECTER LE FASTJEKT :**

			
Enlever le bouchon bleu	Placer l'extrémité orange à 5 cm en regard de la face extérieure de la cuisse à angle droit	Enfoncez fermement jusqu'à entendre un déclic et maintenir enfoncé pendant 10 secondes	Massez la zone d'injection pendant 10 secondes

2. APPELER LE SAMU 112

3. AIDER A RESPIRER :

- B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation : **VENTOLIN-100 inhalateur** : bouffées à répéter toutes les 2 minutes si besoin
- corticoïde oral : **CELESTONE sol buv. gouttes 1 mg/0.5 ml**: ml

REACTION LEGERE

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN

- ➔
1. Antihistaminique :
 2. Surveiller l'enfant et prévenir les parents
 3. Si aggravation : **traiter comme une réaction sévère**

Date: Signature et cachet du médecin prescripteur du PAI:.....

PERSONNEL ENCADRANT

	Nom	Fonction	Téléphone
Equipe de Santé scolaire			
1.			
2.			
Enseignants responsables			
3.			
4.			
5.			
6.			
Directeur			

MEDECINS EN CHARGE DE L'ENFANT

	Nom	Adresse	Téléphone
Médecin de Famille			
Spécialistes			
1.			
2.			
3.			

INFORMATIONS PAI / REUNION DE CONCERTATION		Date:
Nom de l'enfant:		Matricule:
Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI		
Nom(s)	Fonction	Signature
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Remarque: Veuillez remettre une copie du présent PAI aux personnes encadrantes:

1.
2.
3.

4.