



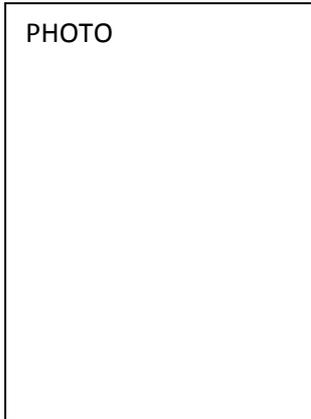
# PAI ASTHME

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, service 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 Division Médecine Scolaire:

Nom: .....

Signature: .....

PAI reçu le: ..... transmis à: ..... date: .....

**À remplir par le médecin traitant:**

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

## 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	<p><b>En cas de déplacement scolaire: les parents sont priés de ramener la trousse d'urgence de la maison</b></p> <p><b>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</b></p> <p><b>INFORMER LES PARENTS</b></p> <p>Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence</p>	

### 2) Conditions d'accueil

Activité physique	Sorties	Autres
<input type="checkbox"/> non autorisée	<input type="checkbox"/> non autorisée	<input type="checkbox"/> aucune restriction
<input type="checkbox"/> autorisée _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> autorisée _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> autres (préciser): _____ _____ _____ _____

3) Autres aménagements éventuels: .....

.....

.....

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

*À remplir par le médecin traitant:*

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

## PLAN D'ACTION EN URGENCE – ASTHME

### **En CAS de CRISE D'ASTHME:**

**Symptômes:**

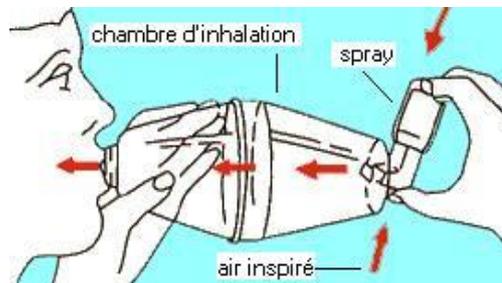
- toux sèche et/ou
- toux incessante et/ou
- respiration difficile et/ou
- sifflements et/ou
- pincement des narines et/ou
- changement de la couleur de la peau (blancheur, cyanose ...) et/ou
- gêne de parole

**Que faire? → AGIR SANS TARDER**

**1. Administration les médicaments suivants:**

**AIDER A RESPIRER:**

- B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation:  
**VENTOLIN -100 inhalateur:** .... bouffées à répéter toutes les ..... **minutes**  
 (secouer d'abbord)



.....

.....

.....

**2. Si les signes s'aggravent ou ne disparaissent pas: APPELER LE SAMU (112)**

**3. Informer les parents**

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

## PERSONNEL ENCADRANT

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

## 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. ....