



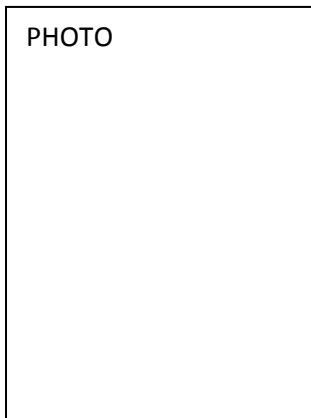
# PAI DIABÈTE

Projet d'Accueil Individualisé

Date: .....

PAI initial

PAI de suivi



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

**Délégation de soins :**

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, foyer scolaire, maison relais, SePAS.  
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: .....

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

### PERSONNEL ENCADRANT

	Nom	Fonction	Téléphone
Equipe de Santé scolaire			
1.			
2.			
Enseignants responsables			
1.			
2.			
Encadrants Maison relais/Foyer scolaire			
1.			
2.			
SePAS/ESEB			
1.			
2.			
Autres			
1.			
2.			

### MEDECINS EN CHARGE DE L'ENFANT

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

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

<b>INFORMATIONS PAI / REUNION DE CONCERTATION</b>	<b>Date:</b>
---	--------------

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. ....

**Instructions:** Veuillez informer les directeurs de l'enseignement fondamental

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

## SOINS PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE

Rempli par le médecin qui suit l'enfant avec les parents
--

<p><b>L'élève doit toujours avoir dans ses affaires:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Aliments de resucrage:</b> .....</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> </ul>	<p><b>La famille s'engage à fournir le matériel nécessaire et en suffisance. Elle fournit régulièrement des réserves alimentaires convenues:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> <li>- .....</li> </ul>
---	---

## BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE

<p><b>En classe:</b></p> <p>L'élève doit avoir la possibilité d'évaluer sa glycémie, de manger, boire ou d'aller aux toilettes s'il sent venir un trouble. Ne pas lui demander d'attendre la récréation. En raison du jeune âge de l'enfant, l'aide d'un adulte sera nécessaire pour effectuer les contrôles et administrer l'insuline.</p>
---

➤ **Contrôle de la glycémie en classe ou autre /foyer scolaire :**  oui  non

- Contrôle de la glycémie faite par: .....
- A quel moment: .....
- Dans quel lieu: .....

➤ **Conduite à tenir selon le résultat:**

Glycémie inférieure à: .....

Glycémie supérieure à: .....

➤ **Soins à l'école:**

- **L'élève doit recevoir de l'insuline sur le temps de présence à l'école:**  oui  non
- Mode d'administration:  pompe  injections
- Si oui **qui** administre l'insuline ou bolus si pompe: .....
- A quelle **heure:** ..... dans quel **lieu:** .....
- Personne décidant de la dose: .....

\*protocole valide par DECCP

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

➤ **Autre Traitement:** .....

.....

.....

➤ **Le repas:**

- Collation et/ou goûters, heures:

.....

.....

.....

- Personne qui calcule les glucides et comment:

.....

.....

.....

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER	CONDUITE A TENIR
<p style="text-align: center;"><b><u>SIGNES MINEURS :</u></b></p> <p>O L'enfant/adolescent dit j'ai faim, je suis en hypo</p> <p>O Vertiges</p> <p>O Fatigue</p> <p>O Trouble de la vue (yeux qui brillent)</p> <p>O Pâleur</p> <p>O Sueurs</p> <p>O Trouble de la parole</p> <p>O Modification brutale de l'humeur : agressivité, ébriété, apathie + bouge beaucoup</p>	<p>1. Faire un test de glycémie</p> <p>2. Si valeur inférieure à ..... mg/dl</p> <p>➤ RESUCRAGE :</p> <p>3. Recontrôler glycémie 30 minutes après si toujours inférieur à ..... mg/dl resucrer à nouveau</p>
<p style="text-align: center;"><b><u>SIGNES MAJEURS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Malaise avec <b>impossibilité</b> de resucrer l'enfant par voie orale</li> <li>• Perte de connaissance/convulsions</li> </ul>	<p>1. Injection Glucagon en IM ou appeler le <b>112</b></p>

**Toujours rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent, appeler la famille ou le GSM:.....**

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

## CONSIGNES

### 1) Trousse d'urgence

Contenu	Copie du plan d'urgence	
	Médicaments:	Date de péremption
	1. 2. 3.	1. 2. 3.
	Autre:	
Localisation	Etablissement scolaire:	
	Maison relais/Foyer scolaire:	
Personne(s) formée(s) à l'injection du glucagon		Tél:
Remarques	Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence <b>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</b> <b>INFORMER LES PARENTS</b> LA TROUSSE D'URGENCE DOIT SUIVRE L'ENFANT DANS TOUS LES DEPLACEMENTS HORS DE L'ETABLISSEMENT	

### 2) Conditions d'accueil (activités physiques, natation, sorties, etc ...) :

.....

.....

.....

.....

### 3) Autres aménagements éventuels: .....

.....

.....

Date: ..... Signature et Cachet du médecin: .....

\*protocole valide par DECCP