



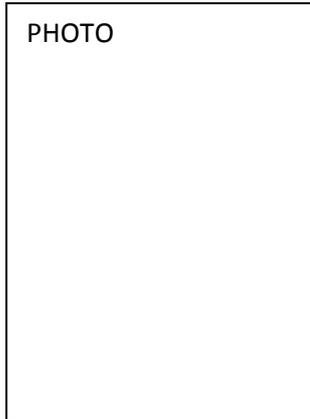
PAI ALLERGIES

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:
------------------	------------

INFORMATIONS PAI / REUNION DE CONCERTATION	Date:
---	--------------

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:
------------------	------------

1) 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	<input type="checkbox"/> pâte à sel, pâte à modeler
<input type="checkbox"/> fruits et légumes frais rincés et distribués par l'éducateur ou l'enseignant autorisés	<input type="checkbox"/> repas garantis sans allergènes par le Distributeur de restauration collective	<input type="checkbox"/> arachide, fruits à coque
<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> menus habituels avec éviction simple (préciser) _____ _____	<input type="checkbox"/> autres (préciser) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____

2) Autres aménagements éventuels:

.....

.....

Date: Signature et cachet du médecin :

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

CONSIGNES

1) Trousse d'urgence

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

2) NECESSITE USAGE ADRENALINE :

- **oui** (Si oui, veuillez remplir la page 6)
- **non** (Si non, veuillez remplir la page 7)

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

PLAN D'ACTION EN URGENCE – ALLERGIES

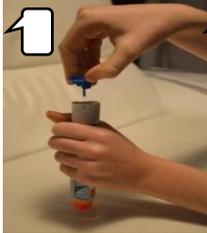
Autres ALLERGIES:		
--------------------------	--	--

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 ou EIPEN :**

			
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 :

4. -B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation :
5. -corticoïde oral :

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 :

*protocole validé par la société luxembourgeoise d'allergologie et immunologie

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

ALLERGIES

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**

REACTION SEVERE

- Ma voix change et / ou
- J'ai du mal à parler et /ou
- Je respire mal, je siffle, je tousse et /ou
- J'ai très mal au ventre, je vomis et /ou
- Je me gratte les mains, les pieds, la tête et /ou
- Je me sens mal, je fais un malaise

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

1. **APPELER LE SAMU 112**

2. **AIDER A RESPIRER :**

-B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation :.....
 -corticoïde oral :

3. **Antihistaminique** : si pas déjà donné pour une réaction légère

Date: Signature et cachet du médecin :

*protocole validé par la société luxembourgeoise d'allergologie et immunologie