



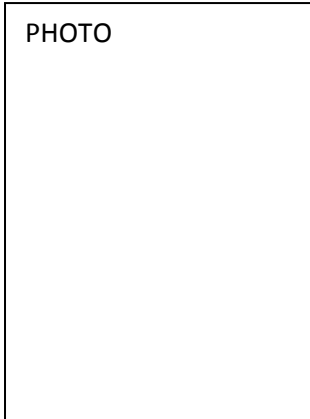
PAI ASTHME

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:

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.			

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.

Instructions: Veuillez informer les directeurs de l'enseignement fondamental

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) 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"/> _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> autres (préciser): _____ _____ _____ _____

3) Autres aménagements éventuels:

.....

.....

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

PLAN D'ACTION EN URGENCE – ASTHME

En CAS de CRISE D'ASTHME:

Symptômes:

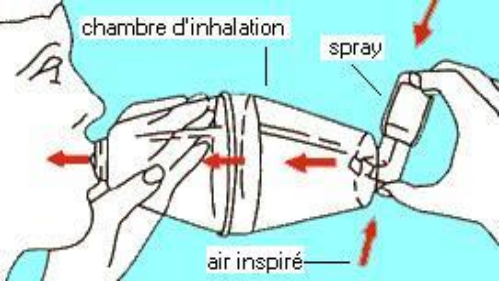
- toux sèche et/ou
- toux incessante et/ou
- respiration difficile et/ou
- sifflements et/ou
- pincement des narines et/ou
- changement de la couleur de la peau (blancheur, cyanose ...) et/ou
- gêne de parole

Que faire? → AGIR SANS TARDER

1. Administration des médicaments suivants:

AIDER A RESPIRER:

- B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation:
VENTOLIN -100 inhalateur: bouffées à répéter toutes les minutes



.....

.....

.....

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

3. Informer les parents

Date: Signature et cachet du médecin :