



PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE POUR ENFANT ASTHMATIQUE



ANNEE SCOLAIRE .....

*PREMIER PAI*

*RENOUVELLEMENT*

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE :**

**NOM DE L'ELEVE :**

**Prénom:**

Date de naissance :

Etablissement scolaire : *Ecole Séminaire Collège Ste Marie*

Classe : ...

**NOM DU RESPONSABLE LEGAL :.....**

**Adresse :**.....

**TELEPHONES EN CAS D'URGENCE** (à maintenir actualisés) :

**Les urgences : Téléphone standard : 15**

**Téléphone portable : 112**

	PERE	MERE	Représentant légal si autre
Nom			
Domicile	0596	0596	
Travail			
portable	0696	0696	

**DEMANDE DES PARENTS :**

**Je soussignée....., père, mère, représentant légal demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir des renseignements fournis par mon médecin traitant le Dr.....**

**J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant sur le temps scolaire. Je demande à ces personnels de suivre les recommandations prévues dans ce document.**

**Date :**

**Signature du représentant légal :**

**SIGNATURE DU PAI PAR LES PARTIES PRENANTES**

Les parties prenantes ont pris connaissance des recommandations du médecin traitant figurant au dos de ce document et s'engagent à les communiquer aux personnes qui pourraient être amené à les remplacer. Astreints au secret professionnel, ils ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève.

**Localisation de la trousse d'urgence :**.....

**En cas de déplacement, emporter le traitement et ce projet d'accueil individualisé**

**Il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.**

<i>FONCTION</i>	<i>NOM</i>	<i>SIGNATURE</i>	<i>DATE</i>
<b>Chef d'établissement</b>			
<b>Médecin scolaire</b>			
<b>Infirmière scolaire</b>			
<b>Parents</b>			

## A FAIRE REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

### EVITER LES FACTEURS DECLENCHANT LA CRISE D'ASTHME

#### L'ELEVE PRESENTE-T-IL DES ALLERGIES ?

Poils ou plumes d'animaux :

Poussières, acariens :

Autres\* :

Blattes :

\*en cas d'allergie alimentaire nécessitant une adaptation à la cantine et/ou un traitement d'urgence spécifique, un formulaire de PAI adapté, plus précis, doit être utilisé

### TRAITEMENT EN CAS DE CRISE

**Signes d'appel :** gêne respiratoire, essoufflement, respiration sifflante, toux persistante, souvent sèche

1. Rester calme, rassurer l'enfant, l'installer à l'écart du groupe, au calme, le laisser assis ; NE PAS LE LAISSER SEUL
2. Appeler ses parents et Faire chercher sa trousse d'urgence
3. Administrer le traitement sans délai : joindre l'ordonnance au PAI

**Faire inhaler dans une chambre d'inhalation** BABYHALER ou VOLUMATIC ou AEROCHAMBER :

.....

Laisser respirer l'enfant une dizaine de fois dans la chambre

4. **Si pas d'amélioration dans les 2 minutes** faire inhaler à nouveau avec la chambre d'inhalation :.....

#### 5. En cas d'échec du traitement de la crise

Si au bout de 10 minutes l'enfant ne va pas mieux, voire s'aggrave :

Redonner le même traitement et appeler le SAMU 15 sur fixe, 112 sur portable

#### **Signes d'aggravation : Appeler d'emblée le SAMU**

enfant angoissé ++++  
enfant qui a du mal à parler  
épuisement  
bleuissement des lèvres, sueurs  
pouls rapide > 120 par minute

### CONDUITE A TENIR POUR L'ACTIVITE SPORTIVE

.Inaptitude totale : (uniquement en cas d'asthme persistant, sévère, mal équilibré, ou pour un autre motif que l'asthme) :

.Inaptitude partielle :

dans ce cas, quels sont les sports déconseillés : course d'endurance, de vitesse,

autre :...endurance.....

Conditions particulières pour la pratique du sport :

Echauffement progressif ; arrêt de l'effort si toux ou forte gêne respiratoire

Traitement 30 minutes avant le sport :

Nom du médicament :.....Posologie :.....

DATE	CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN TRAITANT

## Protocole d'intervention en cas d'urgence

Elève :

Ecole : *Séminaire Collège Ste Marie*

Date naissance :

Classe :

ANNEE SCOLAIRE :

### Précautions supplémentaires en cas de crise d'asthme

#### Surveiller

Si **aggravation** ou si la crise ne cède pas après 10 mn suivant le traitement **APPELER LE SAMU 15 (ou 112 sur le portable)**

#### Signes d'aggravation

- enfant angoissé ++++
- enfant qui a du mal à parler
- bleuissement des lèvres
- pouls rapide > 120 par minute
- épuisement

#### DANS TOUS LES CAS PREVENIR LES PARENTS

Il est de la responsabilité des parents de vérifier la date de péremption des médicaments et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.

#### Signatures et date:

Parents

Chef d'Etablissement

Médecin EN

Médecin traitant