

Nom de l'établissement

Projet d'Accueil Individualisé

A.A / A.H

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)
Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n° 9 du 28/06/2001)

PHOTO

facultatif

**Recommandation : prescription initiale par un allergologue
de l'adrénaline auto injectable en cas d'anaphylaxie**

Année scolaire :

AVERTISSEMENT POUR LES PARENTS : La décision de relever des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de trouble de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnes sont elles-mêmes astreintes au secret professionnel et ne transmettent entre elles que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

COORDONNÉES DE L'ÉLÈVE

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : Age : Sexe : M F Classe : Restauration scolaire Garderie

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT (cocher la mention retenue)

PAI pour risque anaphylactique (adrénaline) oui non (Si OUI, cf. conduite à tenir au verso)

PAI pour éviction simple de l'aliment

Traces autorisées oui non (si traces non autorisées, fiche de liaison à remplir obligatoirement cf page 4)

ALIMENTS INTERDITS :

Ne pas manipuler certains matériaux en cas d'allergie connue

ACTIVITÉS (Arts plastiques, cuisine...) :

fruits à coque, cacahuète (arachide) pâte à modeler pâte à sel

produits de coiffure/cosmétique insectes à venin : abeilles, guêpes...

Autres :

RESTAURATION SCOLAIRE

CANTINE

Menus habituels avec éviction simple des aliments concernés (lecture des menus par les parents)

Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective

Paniers repas

Cantine non autorisée (cas exceptionnel)

Autres :

GOUTERS :

avec éviction des allergènes apportés par l'enfant non autorisés

autres aménagements :

COORDONNÉES / CONTACTS PRIORITAIRES

Coordonnées de la mère : Nom et Prénom(s) :

Domicile : 0262 GSM : 069 travail :

Coordonnées du père : Nom et Prénom(s) :

Domicile : 0262 GSM : 069 travail :

Autre personne responsable : Nom et Prénom(s) :

Domicile : 0262 GSM : 069 travail :

REFERENT MEDICAL A CONTACTER SI BESOIN

Médecin traitant : Nom /Prénom : ☎ :

Médecin spécialiste : Nom /Prénom : ☎ :

Médecin de PMI / Éducation nationale : Nom /Prénom : ☎ :

Infirmière de PMI / Éducation nationale : Nom /Prénom : ☎ :

PROTOCOLE D'URGENCE

Évaluation immédiate de la gravité de la réaction allergique pendant ou juste après avoir mangé ou avoir été piqué par un insecte

RÉACTION D'EMBLÉE GRAVE

- ☞ la voix change
- ☞ l'enfant respire mal, tousse, siffle
- ☞ l'enfant a très mal au ventre, vomit
- ☞ l'enfant se sent mal ou bizarre, fait un malaise
- ☞ l'enfant se gratte intensément surtout paumes des mains et plantes des pieds



Cela peut être grave et encore plus si plusieurs de ces signes sont associés

CONDUITE À TENIR



- 1/ Allonger l'enfant ou le laisser demi assis en cas de gêne pour respirer
- 2/ en URGENCE Injecter l'adrénaline dans la face externe de la cuisse : ANAPEN, JEXT, EPIPEN, EMERADE
- 3/ appeler le SAMU (15 ou 112)
- 4/ si gêne pour respirer : faire inhaler le bronchodilatateur (VENTOLINE) : 10 bouffées du spray bleu avec la chambre d'inhalation en gardant le masque, à renouveler au bout de 10 min si la gêne persiste
- 5/ autres :
- 6/ en l'absence d'amélioration, interroger le SAMU (15 ou 112) orienter vers un service d'accueil urgences

NOTER LA DATE,
L'HEURE DES SIGNES ET DE LA PRISE EN CHARGE
RESTER A COTE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT

RÉACTION PARAIT MODÉRÉE

- ☞ la bouche pique ou gratte, le nez coule
- ☞ les lèvres gonflent
- ☞ l'enfant a des plaques rouges qui grattent
- ☞ l'enfant a un peu mal au ventre, envie de vomir

Mais l'enfant parle et respire bien

CONDUITE À TENIR



Administrer :

- 1/ anti Histaminique :
- 2/ autres (corticoïdes) :
- 3/ surveiller l'enfant
- 4/ prévenir les parents
- 5/ si AGGRAVATION, Traiter comme une réaction grave

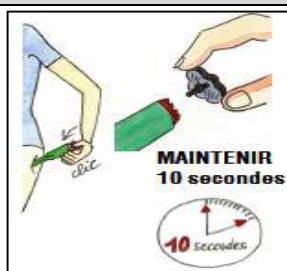
NOTER LA DATE,
L'HEURE DES SIGNES ET DE LA PRISE EN CHARGE
RESTER A COTE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT

TECHNIQUES D'INJECTION DE L'ADRENALINE :

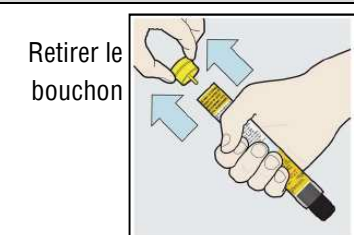
Traitement par ANAPEN®



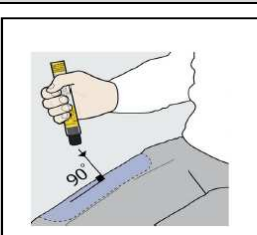
Retirer le bouchon gris ou noir protecteur, appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse et appuyer sur le bouton rouge de déclenchement et maintenir appuyé 10 sec, puis masser la zone.



Traitement par JEXT®/ EPIPEN®



Placer l'extrémité noire (JEXT) ou orange (EPIPEN) du stylo injecteur



Appuyer fermement jusqu'à entendre un déclic en tenant bien la cuisse et tenir le stylo appuyé pendant 10 sec.



Autre traitement : (joindre fiche technique d'injection)

En cas d'hospitalisation de l'enfant, veuillez prévenir le médecin de PMI / Education Nationale



TROUSSE D'URGENCE NOMINATIVE

contenant médicaments fournis par les parents, accessible à tout moment

JOINDRE L'ORDONNANCE

ENFANT : Nom : Prénom(s) :

Emplacement de la trousse (à conserver de préférence au réfrigérateur ou un endroit frais et accessible à tout moment et connu de tout le personnel) :

• **Contenu obligatoire de la trousse (vérifier la date de péremption, notez le nom de la personne)**

- Antihistaminique : Dates de péremption :/...../.....

- Broncho-dilatateur + chambre d'inhalation : Dates de péremption :/...../.....

- Adrénaline injectable (2 STYLOS): Dates de péremption :/...../.....
(RECOMMANDATION : 1ère prescription par un allergologue)

- Corticoïdes : Dates de péremption :/...../.....

- Autre : Dates de péremption :/...../.....

Vérification du contenu faite le :/...../..... **Par :** **Signature :**

SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNÉES

Le/...../..... à

Je soussigné..... mère, père, représentant légal, demande / autorise la mise en place du protocole d'urgence prescrit par le Dr..... en date du Tél.

.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil qui sont tenus au respect du secret professionnel.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature des Parents / Tuteur légal	Signature de l'Élève	Signature du Médecin traitant / Spécialiste
Signature du médecin PMI / EN	Signature de l'infirmière / puéricultrice	Signature du Directeur / Directrice
Signature de l'Enseignant principal	Signature du représentant collectivité	Signature de la restauration

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité des documents (et ses annexes).

Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ Á LA DEMANDE DES PARENTS

- ☞ Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire.
- ☞ Si aucune modification n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique pour 1 année.
- ☞ Fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments dont la date de péremption est dépassée.

Année scolaire :	Classe :	Reconduit-le :	
Modification : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date :		
Signataires	Parents ou responsables légaux (nom et signature)	Directeur d'école ou chef d'établissement (Nom et signature)	
	Médecin(s) (Cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)	Autres intervenants