



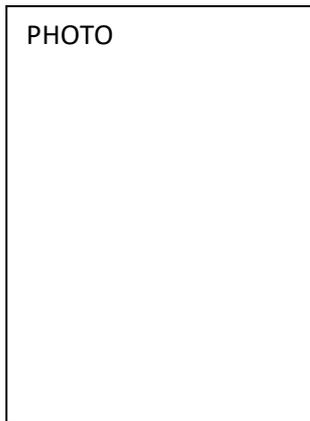
PAI ASTHME

Projet d'Accueil Individualisé

Date:

PAI initial

PAI de suivi



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

Délégation de soin :

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, service psychologique.

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:

À remplir par le médecin traitant:

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

CONSIGNES

1) Trousse d'urgence

Contenu	1) Copie du plan d'urgence	
	2) Médicaments:	
	1. 2. 3.	
	3) Autre:	
Localisation	Infirmierie	Salle de classe
	Autre:	
Remarques	<p>En cas de déplacement scolaire: les parents sont priés de ramener la trousse d'urgence de la maison</p> <p>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</p> <p>INFORMER LES PARENTS</p> <p>Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence</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"/> autorisée _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> autorisée _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> autres (préciser): _____ _____ _____ _____

3) Autres aménagements éventuels:

.....

.....

Date: Signature et cachet du médecin prescripteur du PAI :

À remplir par le médecin traitant:

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

PLAN D'ACTION EN URGENCE – ASTHME

CAS de CRISE D'ASTHME:

Symptômes:

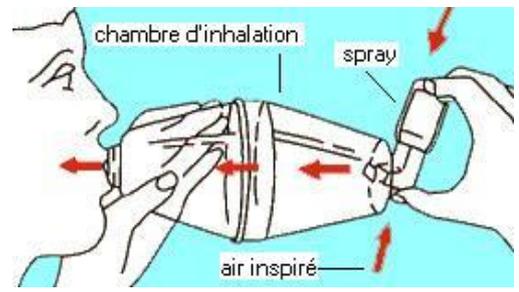
- toux sèche et/ou
- toux incessante et/ou
- respiration difficile et/ou
- sifflements et/ou
- pincement des narines et/ou
- changement de la couleur de la peau (blancheur, cyanose ...) et/ou
- gêne de parole

faire? → AGIR SANS TARDER

1. Administration les médicaments suivants:

AIDER A RESPIRER:

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



.....

.....

.....

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

3. Informer les parents

Date: Signature et cachet du médecin prescripteur du PAI :

PERSONNEL ENCADRANT

	Nom	Fonction	Téléphone
Equipe de Santé scolaire			
1.			
2.			
Enseignants responsables			
1.			
2.			
3.			
4.			
Directeur			
Autres			
1.			
2.			

MEDECINS EN CHARGE DE L'ENFANT

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

A

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.