



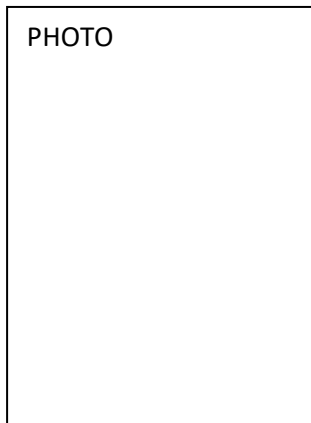
# PAI DIABÈTE

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, 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 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

<b>Contenu</b>	1) Copie du plan d'urgence	
	2) Médicaments: 1. 2. 3.	
	3) Autre:	
<b>Localisation</b>	infirmierie	Salle de classe
	autre	
<b>Remarques</b>	Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence <b>En cas de départ scolaire: les parents sont priés de ramener la trousse d'urgence de la maison</b> <b>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</b> INFORMER LES PARENTS en cas d'utilisation de la trousse	

### 2) Conditions d'accueil (activités physiques, natation, sorties, etc ...) :

.....

.....

.....

### 3) Autres aménagements éventuels: .....

.....

.....

.....

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 scolaire			
Autres personne formée à injecter du Glucagon ou de l'insuline			
1.			
2.			

## MEDECINS EN CHARGE DE L'ENFANT

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

<b>INFORMATIONS PAI / REUNION DE CONCERTATION</b>		<b>Date:</b>
Nom de l'enfant:		Matricule:
<b>Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI</b>		
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. ....

À remplir par l'équipe médico-scolaire:

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

### SOINS PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE

<b>L'élève doit toujours avoir dans ses affaires:</b>  - <b>Aliments de resucrage:</b> ..... - ..... - ..... - ..... - ..... - .....	<b>La Famille s'engage à fournir le matériel nécessaire et en suffisance. Elle fournit régulièrement des réserves alimentaires convenues:</b>  - ..... - ..... - ..... - .....
---	---

### BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE

<b>En classe:</b>  L'élève doit avoir la possibilité d'évaluer sa glycémie, de manger, boire ou d'aller aux toilettes s'il sent venir un trouble. Ne pas lui demander d'attendre la récréation. En raison du jeune âge de l'enfant, l'aide d'un adulte sera nécessaire pour effectuer les contrôles et administrer l'insuline.
--

➤ **Contrôle de la glycémie en classe ou autre :**  oui  non

- Contrôle de la glycémie faite par: .....
- A quel moment: .....
- Dans quel lieu: .....

➤ **Conduite à tenir selon le schéma prescrit**

.....  
.....

➤ **Soins à l'école:**

- **L'élève doit recevoir de l'insuline sur le temps de présence à l'école:**  oui  non
- Mode d'administration:  pompe  injections
- Si oui **qui** administre l'insuline ou bolus si pompe: .....
- A quelle **heure**: ..... dans quel **lieu**: .....
- Personne décidant de la dose: .....

Date: ..... Signature et cachet du médecin scolaire: .....

Signature des parents:

À remplir par l'équipe médico-scolaire:

➤ Autre Traitement: .....  
.....  
.....

**Le repas:**

- Collation et/ou goûters, heures:  
.....  
.....  
.....

- Personne qui calcule les glucides et comment:  
.....  
.....  
.....

<b>SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER</b>	<b>CONDUITE A TENIR</b> <b>en cas de signes mineurs</b>
<p style="text-align: center;"><b><u>SIGNES MINEURS :</u></b></p> <p>O L'enfant/adolescent dit j'ai faim, je suis en hypo</p> <p>O Vertiges</p> <p>O Fatigue</p> <p>O Trouble de la vue (yeux qui brillent)</p> <p>O Pâleur</p> <p>O Sueurs</p> <p>O Trouble de la parole</p> <p>O Modification brutale de l'humeur : agressivité, ébriété, apathie + bouge beaucoup</p>	<p>1. Faire un test de glycémie</p> <p>2. Si valeur inférieure à .... mg/dl</p> <p>➤ RESUCRAGE :</p> <p>3. Recontrôler glycémie 30 minutes après si toujours inférieure à ..... resucrer à nouveau</p>
<p style="text-align: center;"><b><u>SIGNES MAJEURS</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Malaise avec <b>impossibilité</b> de resucrer l'enfant par voie orale</li><li>• Perte de connaissance/convulsions</li></ul>	<p style="text-align: center;"><b>en cas de signes mineurs</b></p> <p>1. Faire un test de glycémie</p> <p>2. Injection Glucagon en IM ou appeler le <b>112</b></p>

**Toujours rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent, appeler la famille ou le GSM diabéto 621252528**

Date:..... Signature et cachet du médecin:.....