



PAI ALLERGIES ALIMENTAIRES

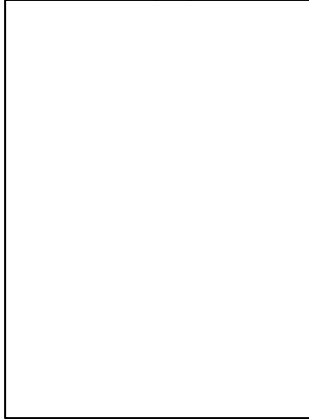
Projet d'Accueil Individualisé

Date:

PAI initial

PAI de suivi

PHOTO



Nom(s) de l'élève:	Prénom(s):
Matricule:	Cycle/classe:
Etablissement scolaire/SEA:	Adresse: Commune:
Nom(s) représentant légal/parents: 1. 2.	Adresse: 1. 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, équipe 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:

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

PERSONNEL ENCADRANT

	Nom	Fonction	Téléphone
Equipe de Santé scolaire			
1.			
2.			
Enseignants responsables			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
Directeur			

MEDECINS EN CHARGE DE L'ENFANT

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

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

INFORMATIONS PAI / REUNION DE CONCERTATION	Date:
---	--------------

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.

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

Conditions d'accueil

Une copie de ce formulaire est à remettre aux prestataires de restauration collective.

Allergie(s) alimentaire (s) de l'enfant :		
Aliment(s) à exclure :	•	•
	•	•
	•	•
	•	•

A) Restauration collective (cantine scolaire) – PRENDRE CONTACT AVEC LE PRESTATAIRE DE SERVICE

Régime d'éviction simple : Les aliments susmentionnés sont exclus comme ingrédient dans le régime alimentaire de l'enfant. Les traces des aliments susmentionnés sont tolérées.

Régime d'éviction stricte : Les aliments susmentionnés y compris leur présence fortuite (traces, suite à une contamination croisée), sont exclus dans le régime alimentaire de l'enfant. L'accueil pourra se faire sous forme d'un panier repas (fourni par les parents) ou d'un plat certifié « sans allergènes » (fourni par une société spécialisée).

Remarque : Il revient au prestataire de restauration collective de déterminer ensemble avec les parents, sous quelle forme se fera l'accueil en pratique. Ceci tout en respectant les capacités et procédures internes des différentes structures d'accueil.

B) Goûters (à l'école)

Régime d'éviction simple Régime d'éviction stricte (goûters fournis par les parents)

La distribution de fruits et légumes frais, lavés est autorisée (sauf les aliments à exclure)

C) Activités d'arts plastiques, ateliers de cuisine

Le contact avec l'/les aliment(s) suivant doit être évité :

Aucune restriction Autres :

D) Autres aménagements éventuels

.....
.....
.....

Date: Signature et cachet du médecin :

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	Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT INFORMER LES PARENTS LA TROUSSE D'URGENCE DOIT SUIVRE L'ENFANT DANS TOUS LES DEPLACEMENTS HORS DE L'ETABLISSEMENT	

2) USAGE ADRENALINE AUTO-INJECTABLE :

- **oui** (Si oui, veuillez remplir la page 6)
- **non** (Si non, veuillez remplir la page 7)

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

PLAN D'ACTION EN URGENCE – ALLERGIES ALIMENTAIRES

PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR MANGE :

REACTION SEVERE

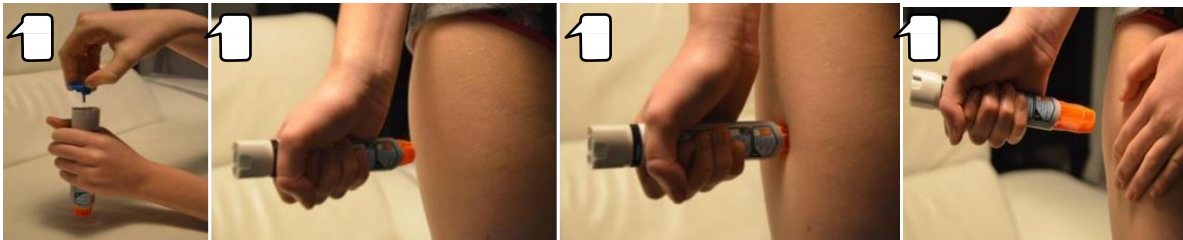
- Ma voix change
- J'ai du mal à parler

- Je respire mal, je siffle, je tousse
- J'ai très mal au ventre, je vomis
- Je me gratte les mains, les pieds, la tête
- Je me sens mal, je fais un malaise

**ATTENTION ! CELA PEUT ÊTRE
GRAVE. FAITES POUR MOI
RAPIDEMENT LES BONS GESTES**



1. INJECTER LE FASTJEKT ou EIPEN :



Enlever le bouchon bleu	Placer l'extrémité orange à 5 cm en regard de la face extérieure de la cuisse à angle droit	Enfoncez fermement jusqu'à entendre un déclic et maintenir enfoncé pendant 10 secondes	Massez la zone d'injection pendant 10 secondes
-------------------------	---	--	--

2. APPELER LE SAMU 112

3. AIDER A RESPIRER :

- B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation :
- corticoïde oral :

REACTION LEGERE



- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN

1. Antihistaminique :
2. Surveiller l'enfant et prévenir les parents
3. Si aggravation : **traiter comme une réaction sévère**

Date: Signature et cachet du médecin :

*protocole validé par la société luxembourgeoise d'allergologie et immunologie

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

PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR MANGE :

REACTION LEGERE

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN



4. Antihistaminique :
5. Surveiller l'enfant et prévenir les parents
6. Si aggravation : **traiter comme une réaction sévère**

REACTION SEVERE

- Ma voix change et / ou
- J'ai du mal à parler et /ou
- Je respire mal, je siffle, je tousse et /ou
- J'ai très mal au ventre, je vomis et /ou
- Je me gratte les mains, les pieds, la tête et /ou
- Je me sens mal, je fais un malaise

*ATTENTION ! CELA PEUT ÊTRE
GRAVE. FAITES POUR MOI
RAPIDEMENT LES BONS GESTES*

1. **APPELER LE SAMU 112**
2. **AIDER A RESPIRER :**
 -B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation :.....
 -corticoïde oral :
3. **Antihistaminique :** si pas déjà donné pour une réaction légère

Date: Signature et cachet du médecin :

Nom de l'enfant:

Matricule:

*protocole validé par la société luxembourgeoise d'allergologie et immunologie