

TAMPON PRESTATAIRE

**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
ALLERGIE ALIMENTAIRE**

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	Nom :	Prénom :
	Adresse :	
	Date de naissance :	Age :
	Classe	Sexe

Année scolaire du 1^{er}PAI : PAI reconduit pour l'année scolaire :
Le PAI doit être rempli impérativement par un ALLERGOLOGUE chaque début d'année scolaire

ALLERGIE A :

.....

.....

.....

ALLERGIE DE CONTACT : OUI NON

La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical 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 une meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité lui permette de suivre son traitement et /ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux 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 transmettre qu'à un médecin

Je soussigné.....

Mère, père, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....
 Tel :.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire.
 Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document

Signature du représentant légal :

.....
Adresse de l'établissement :

Chef d'Etablissement :

Tél. :

Mairie de :

**Médecin de l'éducation nationale ou de l'institution,
Coordonnateur du Projet d'Accueil Individualisé**

Nom	Lieu où il peut être joint	Téléphone
		Bureau : Portable :

PERSONNES A PREVENIR

Les urgences

Sur téléphone standard	15
Sur téléphone portable	112

Les parents ou représentants légaux

	Monsieur	Madame
Nom		
N° téléphone domicile		
N° téléphone travail		
N° téléphone portable		

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

L'allergologue qui suit l'enfant

Nom	
Adresse	
Téléphones	

- **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**
 - Endroits où sont déposées les trousse d'urgence. :
 - Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double de l'ordonnance et du protocole d'urgence ;
 - Les parents fournissent les médicaments. Il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés ;
 - Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale ;

- **En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties**
 - *La trousse ne doit pas être exposée au soleil*. Mode de conservation : pochette réfrigérante
 - Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
 - Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
 - Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

- **En cas de changement d'enseignant**
 - Faire suivre l'information de façon prioritaire

- **Pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire**
 - Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations : il est important que leurs représentants soient associés à la rédaction du PAI

Besoins spécifiques de l'élève (à remplir par l'allergologue)

➤ **Restaurant scolaire (cocher la mention retenue):**

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés ⇨ l'élève doit être isolé OUI NON
- Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective ⇨ l'élève doit être isolé OUI NON
- Menus habituels avec éviction simple (lecture des menus par les parents)
- Autre (préciser).....

➤ **Les goûters**

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels avec éviction simple
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

➤ **Les activités d'arts plastiques**

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de certains matériaux :

- Fruits à coque, Cacahuètes (arachide)
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Autres (préciser).....

➤ **Autres aménagements (à détailler)**

- Allergie de contact OUI NON

Nombre de cases cochées	SIGNATURE DE L'ALLERGOLOGUE
-------------------------	-----------------------------

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE de l'enfant :

Date de naissance :

Poids :

Localisation de la trousse d'urgence

Coordonnées des parents Mère: Mme

06 96

Père: M.

06 96

ALLERGIE A :

CONTACT CUTANE AUTORISE

OUI

NON

Signes cliniques	Conduite à tenir
Mineurs : Nécessitent une surveillance attentive, un traitement	Appeler les parents Surveiller l'enfant Donner le traitement :
Urticaire: plaques rouges, démangeaison localisée Ou Conjonctivite : yeux rouges, gonflés, larmoiement Ou Rhinite : nez qui coule, bouché, éternuement	Antihistaminique :
Œdème sans gêne respiratoire : Gonflement des paupières, des lèvres, du visage	Antihistaminique : + Corticoïde :
Sévères : Nécessitent une intervention urgente	Appeler le SAMU (15 ou 112) Faire chercher la trousse d'urgence Donner le traitement sans attendre :
Troubles digestifs : maux de ventre, vomissements	Antihistaminique : + Corticoïde :
Crise d'asthme: toux sèche, gêne respiratoire, sifflement	Bronchodilatateur : 2 bouffées, à répéter toutes les 5mn dans chambre d'inhalation
Etouffement : toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie	STYLO ADRENALINE :
Urticaire étendue + gonflement du visage + asthme	Une dose à la face latérale de la cuisse
Maux de ventre + vomissements + asthme	Si pas d'amélioration au bout de 10 à 15 mns : une 2 ^{ème} dose est parfois nécessaire (après avis du SAMU)
Urticaire étendue + gonflement du visage + maux de ventre + vomissements	Surélever les jambes en attendant les secours
Malaise grave : choc anaphylactique	

Date

Signature et cachet de l'allergologue :

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

Le :

PARTIES PRENANTES	NOM Prénom	SIGNATURE	DATE
Le Parent			
Le directeur d'Ecole Le chef d'Etablissement			
Le médecin Education nationale			
L'infirmière Education nationale			
L'enseignant			
L'élu délégué aux affaires scolaires			
Le responsable du service municipal de (nom de la commune) chargé de la restauration scolaire			
Le responsable du prestataire chargé de la restauration			

Le médecin et/ou l'infirmier(e) de l'Education nationale sont disponibles pour plus d'informations et démonstrations de l'administration des médicaments si nécessaire

Pour voir une vidéo de démonstration d'utilisation de l'auto-injecteur ANAPEN, aller sur le site:
www.urgence-anaphylaxie.com