

**PROTCOLE DE SOINS D'URGENCE**  
A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Classe : \_\_\_\_\_  
Etablissement : \_\_\_\_\_

**Allergie à**

**Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'infirmerie) :**

- Antihistaminique :
- Corticoïdes :
- Broncho-dilatateur :
- Adrénaline injectable :
- Autres :

**Dès les premiers signes, prévenir les parents**  
**Appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable) et pratiquer**

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir
Si crise d'urticaire Généralisée	Boutons, Plaques rouge et démangeaisons	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Oedème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres Gonflement du visage ou d'une partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales, vomissements	
Si crise d'asthme	Respiration difficile et/ou Impression d'étouffer et/ou Difficulté de parler et/ou Sifflement et/ou Toux sèche L'enfant se plaint de ne pas respirer correctement	
Œdème avec signes respiratoires <b>ALERTER SAMU</b>	Toux rauque, voix modifiée, rauque Signes d'étouffement, d'asphyxie	
Si malaise <b>ALERTER SAMU</b>	Malaise avec démangeaisons et/ou urticaire et/ou gêne respiratoire et/ou douleur abdominale avec nausées, vomissement perte de connaissance	

Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés  
Rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent

Date :

Signature et cachet du médecin  
Allergologue

Nom :

Prénom :

➤ **Trousse d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- La trousse d'urgence est déposée à l'infirmerie.
- Les médicaments sont fournis par les parents avec ce document rempli et la copie de l'ordonnance.
- Les parents s'engagent à informer l'infirmière en cas de changement de la prescription médicale.

➤ **En cas de déplacement ou sortie scolaire :**

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer.
- Prendre la trousse d'urgence.
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger.

➤ **En cas de changement d'enseignant**

- Faire suivre les informations de façon prioritaire.

**Besoins spécifiques de l'élève**

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

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés
- Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective
- 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, cacahuète (arachide)

Pâte à modeler

Œuf

Pâte à sel

Autres.....

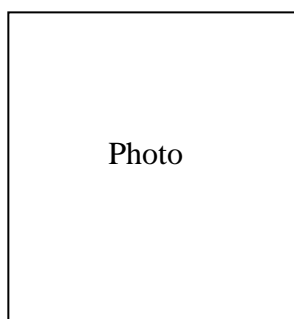
Date :

Signature et cachet du médecin :

Allergologue:

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

**ELEVE CONCERNE**



<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Adresse :</b>	
<b>Date de naissance :</b>	<b>Age :</b>
<b>Classe :</b>	<b>Sexe :</b>

<b>Année scolaire du 1<sup>er</sup> PAI.....</b>  <b>PAI reconduit pour l'année scolaire.....</b>
---

**La décision de révéler 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 troubles 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/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux même 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 ne transmettre qu'à un médecin**

**Je soussigné....., père, mère, 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.....Tél :.....**  
**J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil scolaire et périscolaire.**  
**Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.**

**Signature du représentant légal :**

Nom :

Prénom :

Etablissement : ..... Tél.....

Adresse de l'établissement : .....

Chef d'Etablissement/Directeur d'Ecole : .....

Mairie de : .....

Médecin de l'éducation nationale.....

Lieu où il peut être joint : .....

Tél : .....

### PERSONNES A PREVENIR

#### LES URGENCES :

<b>SAMU</b>	<b>sur téléphone standard</b>	<b>15</b>
<b>SAMU</b>	<b>sur téléphone portable</b>	<b>112</b>

#### LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :

	Monsieur	Madame
Nom		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Téléphone portable		

#### LE MEDECIN TRAITANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

#### LE SPECIALISTE QUI SUIT L'ENFANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

Nom :

Prénom :

➤ **Autres aménagements** (à détailler)

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

**SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES**

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

Le : ..... A.....

Chef d'établissement

Médecin généraliste ou spécialiste:

Professeur Principal:

Infirmière éducation nationale :

Responsable de restauration :

Conseillère Principale D'Education

---