

	<p>Projet d'Accueil Individualisé (Circulaire n° 2003-135 du 08/09/2003) <u>ALLERGIE(S)</u></p>	
--	---	--

Date de demande:

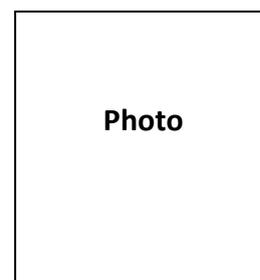
L'élève:

Nom :

Prénom(s) :

Né(e) le :

Classe :



Personnes à prévenir, ayant la responsabilité de l'enfant, (+ éventuellement « personne ressource »):

Lien avec l'élève :			
Nom :			
Prénom :			
Tél portable :			
Tél travail :			
Tél domicile :			

Médecin traitant :

Tél. :

Médecin spécialiste :

Tél :

ALLERGIE(S) :

LIEU RANGEMENT HABITUEL TROUSSE URGENCE :

Infirmierie de l'IND

Deuxième trousse, lieu :

RESTAURATION SCOLAIRE :

- Evictions absolues : ne pourra consommer que les aliments fournis par les parents : paniers repas*
- Evictions simples : repas au restaurant scolaire sous la responsabilité de l'élève et/ou de la famille (lecture des menus, la liste des principaux allergènes étant affichée).
- Traces autorisées :
- Eviter le contact avec :

**ne concerne donc que les allergies graves*

PARTIES PRENANTES :

Parents :

Chef d'établissement :

Infirmière scolaire :

Médecin scolaire :

Nom :

Prénom :

Classe :

PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE :

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

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir
Urticaire aigue	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'orties, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonflés Eternuements, écoulement du nez	
Œdème sans signe respiratoire	Gonflement des lèvres, visage ou autre partie du corps	
Troubles digestifs	Douleurs abdominales	
Crise d'asthme	Toux sèche, gêne respiratoire, Sifflements audibles Se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Œdème avec signes respiratoires	Toux rauque, voix modifiée, Signes d'asphyxie, d'étouffement	
Choc ou malaise	Malaise Voile devant les yeux, Bourdonnement dans les oreilles, Sueurs froides Perte de connaissance	

Noter la date, l'heure du début des signes et de l'administration des médicaments donnés. Toujours rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent.

Date :

Cachet et signature de l'allergologue :

Nom :	Prénom :	Classe :
--------------	-----------------	-----------------

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE

Nom du médicament	Posologie	Voie d'administration	Lieu de rangement (à préciser par l'établissement)

(Joindre une ordonnance de moins d'un an)

RAPPELS-PRECISIONS

Les parents doivent :

- Fournir les trousse qui doivent contenir un double du document.
- Fournir les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
- S'engagent à informer l'établissement scolaire en cas de changement de la prescription médicale

En cas de déplacement : pour l'EPS, sorties ou classes transplantées, l'établissement scolaire doit :

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer (classes transplantées).
- **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.

Durée de validité du PAI, renouvellement:

- Il peut donc être établi pour une période allant de quelques jours à **une année scolaire**. Il doit donc être renouvelé chaque année scolaire.
- Ce renouvellement est à l'initiative des parents. Il est conseillé d'en aviser l'infirmière scolaire dès le mois de juin et de prendre les mesures nécessaires afin qu'il puisse être mis en place dès le jour de la rentrée scolaire.