

Nom de l'établissement

Projet d'Accueil Individualisé

A1 Maternelle / Élémentaire

Circulaire n°2003-135 du 08 sept 2003 bulletin officiel n°34 du 18/09/2003

Année scolaire :

PHOTO

facultatif

Le Secret professionnel

Le respect du secret professionnel est une obligation générale et absolue qui s'impose aux médecins, aux infirmières, aux autres professionnels paramédicaux et aux travailleurs sociaux. Il importe, par ailleurs, de rappeler l'obligation de discrétion professionnelle dont tous les personnels de la structure d'accueil doivent faire preuve pour tous les faits ou informations relatifs à la santé de l'enfant ou l'adolescent. Toutefois le secret professionnel ne peut empêcher de déterminer avec l'équipe d'accueil les mesures à prendre pour faciliter la bonne adaptation de l'enfant ou de l'adolescent. Pour cette raison, lorsque la maladie dont souffre l'enfant ou l'adolescent le nécessite, et à la demande expresse des familles, l'ensemble des dispositions et informations contenues dans son projet d'accueil individualisé, à l'exception de celles couvertes par le secret médical, contenues dans un pli cacheté, pourra être porté à la connaissance de la communauté d'accueil, et mis en œuvre par celle-ci. La décision de révéler des informations couvertes par le secret médical à certains membres de la communauté d'accueil, qui assisteraient les personnels de santé plus particulièrement, ou auraient un rôle prééminent dans la mission d'accueil et d'intégration de l'enfant, appartient à la famille.

COORDONNEES DE L'ELEVE

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : / / Age : ... Sexe : M F Classe : Restauration scolaire Accueil périscolaire

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

En cas de crise à l'effort

Mesures particulières avant le sport :
.....
.....

COORDONNEES DES PARENTS / RESPONSABLES

COORDONNEES DE LA MERE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 ☎ gsm : 069 ☎ travail :

COORDONNEES DU PERE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 ☎ gsm : 069 ☎ travail :

AUTRE PERSONNE RESPONSABLE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 ☎ gsm : 069 ☎ travail :

REFERENT MEDICAL A CONTACTER SI BESOIN

MEDECIN TRAITANT : Nom /Prénom : ☎ :

MEDECIN SPECIALISTE : Nom /Prénom : ☎ :

MEDECIN DE PMI / DE L'EDUCATION NATIONALE : Nom /Prénom : ☎ :

INFIRMIERE DE PMI /L'EDUCATION NATIONALE : Nom /Prénom : ☎ :

TRAITEMENT DE FOND

Traitement : posologie : heure de prise : modalité :
 Traitement : posologie : heure de prise : modalité :

Allergies connues :

- Respiratoires (acariens, animaux...)
- Autres facteurs :
- Alimentaires (lesquels...) (cf PAI allergie alimentaire)

FACTEURS DECLENCHANT LA CRISE

Climat (froid et humide) Acariens Infection Autres facteurs :

PROTOCOLE D'URGENCE

| SIGNES D'APPEL | CONDUITE A TENIR |
|---|---|
| <p>SIGNES EVOCATEURS DE CRISE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toux fréquente répétée incessante • respiration sifflante • essoufflement avec gêne respiratoire • l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement • sensation d'oppression • toux à l'effort (jeux, sports, excitation) ou toux apparaissant après l'effort. • modification du comportement • Autres signes (à remplir avec les parents) : <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> | <p>1 - NOTER LA DATE, L'HEURE DES SIGNES ET DE LA PRISE EN CHARGE</p> <p>2 - ASSEoir L'ENFANT AU CALME ET RECUPERER LA TROUSSE D'URGENCE</p> <p>3 - ADMINISTRER LE TRAITEMENT</p> <p>a) Agiter le spray bleu de bronchodilatateur</p> <p>b) Enlever le bouchon</p> <p>c) Adapter le spray à la chambre d'inhalation</p> <p>d) Procéder ensuite selon l'âge de l'enfant</p> <p>Pour les enfants en crèche ou en maternelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - garder le masque et positionnez-le de façon à bien couvrir le nez et la bouche en vérifiant qu'il n'y ait pas de fuite. <p>Pour les enfants en élémentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - placer l'embout dans la bouche en vérifiant que les lèvres soient bien refermées autour de l'embout. - si difficultés à garder l'embout en bouche, ne pas hésiter à mettre le masque par sécurité <p>e) L'enfant doit inhaler au total 5 bouffées de spray</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déclencher 1 bouffée du spray et faire 5 grandes respirations calmes pour chaque bouffée de bronchodilatateur - Répéter la même manœuvre 4 fois « soit 5 bouffées au total » <p>4 - SI LES SIGNES PERSISTENT, AU BOUT DE 10 MIN RENOUEVER ENCORE 5 BOUFFEES DE SPRAY / AVERTIR LES PARENTS ET APPELER LE SAMU</p> |
| <p style="text-align: center;">ACTION ! D'URGENCE</p> <p>SI LES SIGNES SONT GRAVES D'EMBLEE</p> <ul style="list-style-type: none"> • gêne respiratoire importante <ul style="list-style-type: none"> - avec difficultés pour parler - avec impossibilité de poursuivre toute activité - avec angoisse intense ou panique • lèvres ou extrémités bleues | <p>1 – DECLENCHER une pulvérisation de spray bleu dans la chambre d'inhalation. Faites respirer l'enfant calmement 10 fois. Refaire les mêmes gestes 10 fois au total.</p> <p>2 - APPELER le SAMU en urgence (faire le 15)</p> <p>3 - PREVENIR les parents ou responsable légal</p> |

En cas d'hospitalisation de l'enfant, informer l'infirmière et/ou médecin de PMI ou de l'E.N



TROUSSE D'URGENCE NOMINATIVE

Contenant médicaments fournis par les parents

Joindre l'ordonnance

Emplacement de la trousse (dans un endroit frais et sec et accessible à tout moment et connu de tout le personnel) :

ENFANT : Nom : Prénom(s) :

• Contenu obligatoire de la trousse (vérifier la date de péremption)

BRONCHODILATATEUR

- Nom du médicament : Dates de péremption :/...../.....

- Chambre inhalation

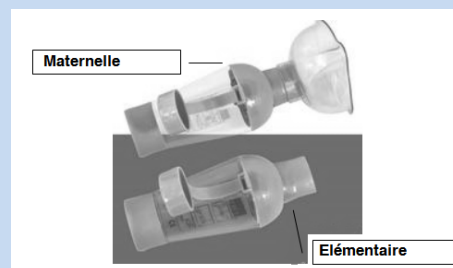
- Masque

- Autres médicaments : Dates de péremption :/...../.....

• Vérification du contenu faite le :/...../..... Par : Signature :

COMMENT NETTOYER LA CHAMBRE D'INHALATION

- Après chaque utilisation, nettoyer la chambre d'inhalation ainsi que le masque.
- Laver les différentes parties dans de l'eau tiède avec un peu de liquide vaisselle. Rincer à l'eau tiède
- Laisser sécher sans essuyer.
- Une fois la chambre d'inhalation sèche, la remonter et la ranger dans sa trousse



SIGNATURES DES PERSONNES CONCERNEES

le/...../..... à

Je soussigné..... mère, père, représentant légal, demande / autorise la mise en place du protocole d'urgence prescrit par le Dr..... en date du

Tél. :

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil qui sont tenus au respect du secret professionnel.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

| | | |
|---|--|---|
| Signature des Parents / Tuteur légal Nom/Prénom | Signature du Médecin Traitant /Spécialiste Nom/Prénom | Signature du médecin PMI / EN Nom/Prénom |
| Signature de l'infirmière Nom/Prénom | Signature du Directeur/Directrice Nom/Prénom | Signature de l'enseignant Nom/Prénom |
| Signature du responsable de la restauration Nom/Prénom | Signature du périscolaire Nom/Prénom | Signature du représentant collectivité |

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

RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

- ✓ Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire à la demande des parents.
- ✓ Si aucune modification n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique.
- ✓ **Fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité** et renouveler les médicaments dont la date de péremption est dépassée.

| | | | |
|-------------------------|---|---|----------------------------------|
| Année scolaire : | | Classe : | Reconduit-le : |
| Date : | | | |
| Signataires | Parents ou responsables légaux (nom et signature) | Directeur d'école (nom et signature) | Médecin(s) (cachet et signature) |
| | Infirmière de l'établissement (date et signature) | Représentant de la collectivité (si nécessaire) | Autres intervenants |

| | | | |
|-------------------------|---|---|----------------------------------|
| Année scolaire : | | Classe : | Reconduit-le : |
| Date : | | | |
| Signataires | Parents ou responsables légaux (nom et signature) | Directeur d'école (nom et signature) | Médecin(s) (cachet et signature) |
| | Infirmière de l'établissement (date et signature) | Représentant de la collectivité (si nécessaire) | Autres intervenants |