

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ - ALLERGIE NON ALIMENTAIRE

(Circulaire du 10-2-2021 BO n° 9 du 04 -02-2021)

Article D.351-9 du Code de l'éducation – Circulaire

Le PAI permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre, de la lisibilité et de la communication des procédures.

Renseignements administratifs

Enfant

Nom / Prénom

Date de naissance

Adresse

Etablissement d'accueil (nom, adresse)

Assistant maternel (nom, adresse)

Responsables légaux

Lien de parenté	Nom et prénom	☎ Domicile	☎ Travail	☎ Portable	Signature
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.

	PAI 1^{ère} demande	Modifications éventuelles				
Date						
Année scolaire						
Vérification annuelle obligatoire (Protocole d'urgence actualisé, ordonnance récente...)						
Modifications éventuelles						

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de PMI en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à la mise en place. Seuls les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

Intervenants autour de l'enfant

Référents	Nom- Prénom	Adresse administrative / Téléphone	Signature et Date
Directeur d'établissement ou assistant maternel			
Représentant du service de restauration			
Infirmière ou PMI ou collectivité d'accueil			
Médecin coordonnateur et /ou prescripteur Dr <input type="text"/>			
Médecins spécialiste, services hospitaliers			
Autres infirmières libérales, SESSAD, Kinés etc...			

La famille est chargée de transmettre ce PAI à l'établissement d'accueil ou à l'assistant maternel. Les différents professionnels concernés signeront ce document après lecture et approbation. Ensuite, une copie de ce document sera transmise à l'Antenne médico-sociale de PMI et à l'établissement d'accueil ou l'assistant maternel. L'original sera conservé par les parents tout au long de sa validité.

CONSIGNES A APPLIQUER DANS LE CADRE D'UN PAI

En l'absence d'élément nouveau (hors changement de posologie des traitements), ce PAI sera valable pendant toute la période de l'accueil de l'enfant au sein de cet établissement ou chez l'assistant maternel, sous réserve que :

- les parents fournissent une ordonnance récente (si traitement prescrit) en début de chaque année au chef de structure ou à l'assistant maternel et que les modifications éventuelles de posologie soient indiquées sur la 1^{ère} page de ce document.

- et **que le volet « vérification annuelle obligatoire » sur la 1^{ère} page de ce document soit signé par le directeur ou le chef d'établissement, ou par l'assistant maternel.**

En cas de modifications des besoins de enfant, le médecin traitant ou spécialiste actualisera le PAI et les parents transmettront les nouveaux éléments au directeur de structure ou à l'assistant maternel qui enverra une copie signée ou à la PMI

Mesures pratiques



SAMU : 15

Médecin traitant et/ou spécialiste

NOM, Prénom

Lieu d'exercice

Spécialité

Téléphone

Mail



Les médicaments, l'ordonnance, et un double de ce PAI seront placés dans une/des trousse(s) d'urgence étiquetée(s) au nom de l'enfant fournie(s) par les responsables légaux



La date de péremption des médicaments sera régulièrement vérifiée par les responsables légaux qui assureront leur renouvellement



La/les trousse(s) d'urgence sera(ont) rangée(s) dans un endroit non accessible aux enfants et connu de toute personne susceptible d'avoir recours aux médicaments d'urgence



Le chef de structure veille à la transmission des consignes au personnel de la structure d'accueil.

Il est nécessaire que l'ensemble de l'équipe prenne connaissance de ce PAI sous format papier ou numérique

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

L'enfant nécessite-t-il un traitement médical quotidien ?

NON

OUI

➤ Si oui et qu'une prise médicamenteuse est à prévoir sur le temps d'accueil, fournir une ordonnance du médecin traitant et/ou du spécialiste avec prescription détaillée (posologie et horaires de prise)

Allergie avérée : NON

OUI

Le ou les allergènes en cause

Si allergie alimentaire, prévoir un PAI allergie alimentaire

Symptômes : NON

OUI

Gonflement d'une partie du corps

Œdème du visage avec difficultés respiratoires (œdème de Quincke)

Rhinite

Conjonctivite

Urticaire

Toux ou difficultés respiratoires

Autres

Les travaux manuels, ateliers de cuisine

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

Allergène mentionné dans le PAI

Autres (préciser)

Autres aménagement(s) à prévoir :

PROTCOLE D'URGENCE (à compléter par le médecin qui suit l'enfant)

Nom

Prénom

Date de naissance

Poids

L'élève est allergique à (préciser le ou les allergènes en cause)

LA TROUSSE D'URGENCE

LIEU(X) DE DEPOT DES MEDICAMENTS

Composition de la trousse d'urgence :

L'ordonnance détaillée pour les soins et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sera également jointe :

Antihistaminiques : AERIUS (Desloratadine) KESTIN (Ebastine) XYZALL (Lévocétirizine) AUTRE





















Corticoïdes : SOLUPRED (Prednisolone) CELESTENE (Bétaméthasone) AUTRE

Broncho-dilatateur : VENTOLINE (Salbutamol) AIROMIR (Salbutamol) AUTRE

Chambre d'inhalation pour broncho-dilatateur : avec masque avec embout buccal

Adrénaline injectable : ANAPEN JE XT EIPEN EMERADE

(Doit être conservée à température ambiante inférieure à 25°. Lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme).

<p>■ EPIPEN</p>				
<p></p>	<p>Enlever le capuchon bleu</p>	<p>Placer l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse</p>	<p>Appuyer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 sec.</p>	<p>Puis masser la zone d'injection</p>
<p>■ JEXT</p>				
<p></p>	<p>Enlever le bouchon jaune</p>	<p>Placer l'extrémité noire du stylo sur la face extérieure de la cuisse</p>	<p>Appuyer fermement jusqu'à entendre un déclic en tenant la cuisse et maintenir appuyé pendant 10 sec.</p>	<p>Puis masser la zone d'injection</p>
<p>■ ANAPEN</p>				
<p></p>	<p>Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille</p>	<p>Retirer le bouchon noir protecteur</p>	<p>Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse</p>	<p>Puis appuyer sur le bouchon rouge de déclenchement et maintenir appuyé pendant 10 sec. Puis masser la zone d'injection</p>
<p>■ EMERALDE</p>				
<p></p>	<p>Enlever le capuchon protecteur de l'aiguille</p>	<p>Placer et appuyer le stylo contre la face externe de la cuisse. Maintenir le stylo contre la cuisse pendant environ 5 secondes</p>		<p>Masser légèrement le site d'injection</p>

CONDUITE A TENIR EN CAS DE REACTION ALLERGIQUE

Commencer par évaluer la gravité de la réaction

Dans tous les cas dès le premier signe

Noter la date, l'heure des signes et des médicaments donnés

Rester à côté de l'enfant

Signes d'appel	Conduite à tenir
REACTION LEGERE	
<p>Un ou plusieurs signes apparaissent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La bouche pique, les lèvres gonflent • Les yeux piquent, le nez coule • Des plaques rouges qui grattent apparaissent • Mal au ventre et envie de vomir • Autres signes éventuels : <p><u>MAIS L'ENFANT PARLE ET RESPIRE BIEN</u></p>	<p>1) Donner (cases à cocher) :</p> <p><input type="checkbox"/> Antihistaminiques [] Dose []</p> <p><input type="checkbox"/> Corticoïdes [] Dose []</p> <p>2) Surveiller l'enfant jusqu'à disparition des symptômes et prévenir les parents</p> <p>EN L'ABSENCE D'AMÉLIORATION ÉVALUER DE NOUVEAU LA GRAVITÉ</p> <p style="text-align: center;"><u>Si vous avez le moindre doute sur la santé de l'enfant ne pas hésiter à appeler le SAMU pour conseil</u></p>



SI ABSENCE D'AMELIORATION OU AGGRAVATION OU REACTION SEVERE D'EMBLEE	
<ul style="list-style-type: none"> • La voix change ou l'enfant a du mal à parler • L'enfant respire mal, siffle, touse • L'enfant a très mal au ventre, vomit • L'enfant se gratte les mains, les pieds, la tête • L'enfant se sent mal • L'enfant fait un malaise • Plusieurs de ces signes sont associés • Autres signes <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>	<p><input type="checkbox"/> Allonger l'enfant ou le laisser demi assis en cas de gêne respiratoire</p> <p><input type="checkbox"/> Injecter dans la face antéro-externe de la cuisse :</p> <p><input type="checkbox"/> ANAPEN <input type="checkbox"/> EPIPEN <input type="checkbox"/> EMERADE <input type="checkbox"/> JEXT</p> <p>Dose selon le poids : <input type="checkbox"/> < 25 kg dose : 0,15 mg</p> <p style="padding-left: 150px;"><input type="checkbox"/> ≥ 25 kg dose : 0,30 mg</p> <p style="text-align: center;">Appeler le SAMU (15 ou 112) et suivre les consignes</p> <p><input type="checkbox"/> Si gêne respiratoire, donner : (cases à cocher)</p> <p><input type="checkbox"/> Broncho-dilatateur (si besoin à l'aide de la chambre d'inhalation) [] donner [] bouffées</p> <p>Si les signes persistent, renouveler [] bouffées</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> au bout de [] minutes</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> toutes les [] minutes</p> <p><input type="checkbox"/> Donner aussi :</p> <p><input type="checkbox"/> Antihistaminiques [] Dose []</p> <p><input type="checkbox"/> Corticoïdes [] Dose []</p>

Date :

Cachet et signature du médecin qui suit l'enfant :