

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

PAI A2

ANNEE SCOLAIRE 2020 / 2021

1) COURRIER DE L'INFIRMIERE DE L'EDUCATION NATIONALE

- Ecrire le nom de votre enfant en haut à droite sous « *parents de l'enfant* »,
- Cocher la case « oui », signer et dater au bas du courrier.

2) DOCUMENT PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE A2

LES PARENTS SONT INVITES A REMPLIR **UNIQUEMENT** LES CADRES SUIVANTS :

- Coordonnées de l'élève
- Coordonnées des parents / responsables
- Signatures des personnes concernées

▲ La page 4 est destinée à la reconduction du PAI A2 l'année suivante.

LE MEDECIN **UNIQUEMENT** EST INVITE A REMPLIR LES CADRES SUIVANTS :

- Besoins spécifiques de l'enfant
- Référent médical à contacter si besoin
- Traitement de fond
- Facteurs déclenchant la crise
- Signatures des personnes concernées

▲ La page 4 est destinée à la reconduction du PAI A2 l'année suivante

Le PAI A2 doit impérativement être accompagné de l'ordonnance ainsi que des médicaments (veuillez vérifier la date de péremption qui doit, au minimum, expirer en juillet 2021).

AVANT LE 1ER SEPTEMBRE 2020, DERNIER DELAI,
L'ELEVE DOIT RETOURNER A L'INFIRMIERE
LE PAI ACCEPTE

REFUS D'UN PAI

- Ecrire le nom de votre enfant en haut à droite sur le courrier de l'infirmière de l'Education Nationale,
- Cocher la case « non », signer et dater au bas du courrier.

AVANT LE 1ER SEPTEMBRE 2020, DERNIER DELAI,
L'ELEVE DOIT RETOURNER A L'INFIRMIERE

LE PAI REFUSE

L'infirmière de l'Education Nationale

A

Madame, Monsieur, parents de l'enfant

.....

Objet : PAI A2

Madame, Monsieur,

Lors de l'inscription, il a été fait mention que votre enfant était susceptible de présenter une pathologie pouvant nécessiter certaines précautions voire un traitement ou des soins dans l'établissement scolaire qu'il fréquente.

Or, l'admission dans ces établissements d'adolescents atteints d'un trouble de la santé évoluant sur une longue période s'effectue selon certaines règles précisées par la circulaire N° 2003-135 du 8 septembre 2003 et nécessite la mise en place d'un **Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)**.

Toutefois, ce Projet d'Accueil Individualisé ne sera mis en place qu'à votre demande expresse et que si le médecin qui suit votre enfant le juge nécessaire.

Je vous invite donc à vous rapprocher de ce praticien pour discuter avec lui de l'opportunité d'un P.A.I. et de me manifester votre volonté en me faisant retour du présent document, signé et daté de votre main, après avoir coché la case de votre choix :

- NON**, je ne désire pas que mon enfant fasse l'objet d'un P.A.I.
- OUI**, je désire que mon enfant fasse l'objet d'un P.A.I.

Si vous refusez le P.A.I., votre enfant devra remettre à l'infirmière ce courrier coché « non ». Veuillez signer et dater ledit courrier.

Si vous acceptez le P.A.I., votre enfant devra remettre à l'infirmière l'imprimé du P.A.I. ci-joint rempli par son médecin traitant accompagné des médicaments qu'il vous appartient de fournir (et dont il est de votre responsabilité de vérifier la date de péremption) ainsi que de l'ordonnance.

Je reste à votre entière disposition pour tout renseignement complémentaire.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

Nom de l'établissement

Projet d'Accueil Individualisé
A2
Collège / Lycée

PHOTO
facultatif

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

Année scolaire :

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, auront un rôle prééminent dans la mission d'accueil et d'intégration de l'enfant, appartient à la famille.

COORDONNÉES DE L'ÉLÈVE

Nom : Prénom(s) :

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

BESOINS SPECIFIQUES DE L'ENFANT

① En cas de crise à l'effort : traitement habituel utilisé par l'enfant en auto gestion

Nom des médicaments :

Administration de son traitement avant le sport : 2 bouffées de son dispositif habituel avant l'effort

L'enfant peut garder son dispositif habituel avec lui, il doit le signaler à l'infirmière, au professeur d'EPS et au CPE

② En cas de crise, appliquer les conduites au verso

COORDONNÉES DES PARENTS / RESPONSABLES

COORDONNÉES DE LA MÈRE : Nom : Prénom(s) :

☎ domicile : 0262 } gsm : 069 ☎ travail :

COORDONNÉES DU PÈRE : 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 L'EDUCATION NATIONALE : Nom /Prénom : ☎ :

INFIRMIERE DE 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 répétée incessante • respiration sifflante • essoufflement avec gêne respiratoire • l'enfant exprime sa gêne pour respirer et demande son traitement • sensation d'oppression dans la poitrine • toux ou essoufflement à l'effort ou après l'effort. <p>Autres signes (à remplir avec les parents) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>1- NOTER LA DATE, L'HEURE DES SIGNES ET DE LA PRISE EN CHARGE Donner le traitement de secours de l'établissement.</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) Placer l'embout dans la bouche en vérifiant que les lèvres soient bien refermées autour de l'embout.</p> <p>e) En cas de difficulté à garder l'embout, ne pas hésiter à mettre le masque</p> <p>f) L'enfant doit inhaler au total 5 bouffées de spray</p> <p>- Déclencher 1 bouffée du spray et faire 10 grandes respirations calmes pour chaque bouffée de bronchodilatateur</p> <p>- Répéter la même manœuvre 4 fois « soit 5 bouffées au total »</p> <p>4 - SI LES SIGNES PERSISTENT, AU BOUT DE 10 MIN RENOUELER ENCORE 5 BOUFFEES DE SPRAY / AVERTIR LES PARENTS ET APPELER LE SAMU</p>
<p>SI LES SIGNES SONT GRAVES D'EMBLEE</p> <ul style="list-style-type: none"> • gêne respiratoire importante - avec difficultés pour parler - avec impossibilité de poursuivre toute activité - avec angoisse intense ou panique • lèvres ou extrémités bleues <p></p> <p></p>	<p>1 - DECLENCHER une pulvérisation de spray bleu dans la chambre d'inhalation. Faire 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 le médecin 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

1. Après chaque utilisation, nettoyer la chambre d'inhalation ainsi que le masque.
2. Laver les différentes parties dans de l'eau tiède avec un peu de liquide vaisselle.
3. Laisser sécher sans essuyer.
4. 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 de l'enfant
Nom/Prénom

Signature du Médecin traitant / Spécialiste
Nom / Prénom

Signature du Chef d'Etablissement
Nom/Prénom

Signature de l'enseignant
Nom/Prénom

Signature du médecin E.N
Nom/Prénom

Signature de l'infirmière Nom/Prénom

Autre :
Nom / Prénom et signature

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)	Élève (nom et signature)	Chef d'établissement (nom et signature)
	Médecin(s) (cachet et signature)	Infirmière de l'établissement (date et signature)	Autres intervenants

Année scolaire :		Classe :	Reconduit-le :
Date :			
Signataires	Parents ou responsables légaux (nom et signature)	Élève (nom et signature)	Chef d'établissement (nom et signature)
	Médecin(s) (cachet et signature)	Infirmière de l'établissement (date et signature)	Autres intervenants