

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période
Circulaire n° 2003 - 135 du 8 septembre 2003

ELEVE

NOM :
Prénom :

Sexe :
Date de naissance :

Externe

Demi-pensionnaire

Interne

Etablissement scolaire :

PARTIES PRENANTES

Responsables légaux :

Autre (préciser) :

Père : Nom : Prénom :
Tél. domicile : Tél. travail :

Nom : Prénom :
Tel domicile : Tél. travail :

Mère : Nom : Prénom :
Tél. domicile : Tél. travail :

Détenteur de l'autorité parentale :

- Chef d'établissement/Directeur :
- Enseignant/Professeur principal :
- Médecin :
- Infirmière de l'éducation nationale :
- Responsable de la restauration scolaire :
- Responsable du service périscolaire :
- Autres personnes concernées :

- La reconduction du Projet Individualisé l'année suivante est à l'initiative des parents ;
Si aucune modification n'est intervenue, il sera reconduit à l'identique.
La transmission d'une ordonnance en cours de validité sera obligatoire ainsi que le renouvellement des médicaments dont la date de péremption est dépassé.
- En cas de changement d'établissement, la transmission de ce document devra être réalisée par les parents de l'élève.

AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e)..... représentant légal de,
autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant
dans l'établissement scolaire d'accueil, le restaurant scolaire et le temps périscolaire. Je demande
à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Le **secret médical** s'impose au personnel de santé, de même que le **devoir de discrétion**
aux membres de l'équipe éducative et **"la décision de révéler des informations**
couvertes par le secret médical appartient à la famille".

DATE ET SIGNATURES

Fait à :

Le :

Qualité	Signature
<input type="checkbox"/> Détenteur de l'autorité parentale	
<input type="checkbox"/> Elève	
<input type="checkbox"/> Chef d'établissement / Directeur d'école	
<input type="checkbox"/> Enseignant de la classe/ Professeur principal	
<input type="checkbox"/> Médecin	
<input type="checkbox"/> Médecin éducation nationale (si possible)	
<input type="checkbox"/> Infirmière éducation nationale	
<input type="checkbox"/> CPE	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

NOM :
Prénom :

DESCRIPTIF DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

1. BESOINS SPECIFIQUES :

Horaires aménagés :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Double jeu de livres :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accessibilité des locaux :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mobilier adapté :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lieu de repos :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Passage prioritaire à la restauration scolaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
EPS adapté :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Régime alimentaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Panier repas :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aménagement des récréations :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Peut-il participer aux classes transplantées?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui, dans quelle(s) condition(s)?.....

Peut-il participer aux sorties scolaires? Oui Non

Si oui, dans quelle(s) condition(s)?.....

2. TRAITEMENT MEDICAL : pour les traitements en dehors des situations d'urgence (selon l'ordonnance jointe)

Nom du médicament :

Posologie :

Mode de prise :

Horaire :

Lieu de rangement :

La date de péremption du médicament est sous la responsabilité des parents. En cas de modification du traitement, les parents s'engagent à fournir la nouvelle prescription médicale.

NOM :
Prénom :

ANNEXE 1

PROTOCOLE D'URGENCE

NOM :
Prénom :
Date de naissance :

Etablissement scolaire :
Classe :
Date :

SIGNE D'APPEL

MESURES A PRENDRE

ATTENTION : en l'absence d'amélioration, appeler le 15

Les informations à fournir au médecin du service des urgences :
Certificat médical rédigé par le médecin traitant ou le médecin EN (sous pli confidentiel)

.....

NOM :
Prénom :

DESCRIPTIF DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

1. BESOINS SPECIFIQUES :

Horaires aménagés :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Double jeu de livres :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Accessibilité des locaux :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Mobilier adapté :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Lieu de repos :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Passage prioritaire à la restauration scolaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
EPS adapté :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Régime alimentaire :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Panier repas :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Aménagement des récréations :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Peut-il participer aux classes transplantées?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui, dans quelle(s) condition(s)?.....

Peut-il participer aux sorties scolaires? Oui Non

Si oui, dans quelle(s) condition(s)?.....

2. TRAITEMENT MEDICAL : pour les traitements en dehors des situations d'urgence (selon l'ordonnance jointe)

Nom du médicament :

Posologie :

Mode de prise :

Horaire :

Lieu de rangement :

La date de péremption du médicament est sous la responsabilité des parents. En cas de modification du traitement, les parents s'engagent à fournir la nouvelle prescription médicale.

ELEVE : Nom - Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE

Protocole rédigé et signé par le médecin traitant
(un exemplaire doit être inséré dans la trousse d'urgence)

PAI 1 AS**COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE****CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE**

SYMPTOMES	CONDUITE A TENIR ET/OU TRAITEMENT ET POSOLOGIE
<p>▣ Signes d'appel</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gêne respiratoire - Essoufflement - Oppression thoracique - Sifflements audibles - Pincement des narines 	<p>Mettre l'élève assis et au calme</p> <p>Donner le traitement :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Si les signes persistent après minutes, renouveler le traitement</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>▣ Signes de gravité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Angoisse - Difficultés pour parler - Sueurs - Agitation - Pâleur - Lèvres bleues (cyanose) - Epuisement - Somnolence 	<p>Protocole détaillé :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>▣ Si pas d'amélioration ou aggravation</p>	<p>Appeler le SAMU 15</p> <p>Appeler la famille</p> <p>Rester près de l'élève</p>

Date :

Signature et cachet du médecin :

ELEVE : Nom - Prénom :

AMENAGEMENTS A METTRE EN ŒUVRE

PAI 1 AS

LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE (spécifier clairement un ou plusieurs emplacements)

Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.
 Elle doit comporter l'ordonnance détaillée pour les soins.
 L'adrénaline auto-injectable peut être conservée à température ambiante n'excédant pas 23° pendant 18 mois.
 Toutefois, lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme.
 La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.

MODALITES D'ADMINISTRATION DU FLACON AEROSOL

EN SPRAY

- Agiter le flacon aérosol de
- Introduire l'embout dans la bouche
- Expirer longuement
- Commencer une inspiration lente et profonde par la bouche appuyant sur l'aérosol tout en continuant d'inspirer conformément à la notice.
- Retenir la respiration pendant 10 secondes
- Expirer normalement
- Recommencer aussitôt avec la seconde bouffée de produit
- Ne pas oublier d'emporter le traitement en cas d'activité sportive ou extra-scolaire

AVEC UNE CHAMBRE D'INHALATION (type Baby Haler)

- Secouer le flacon aérosol
- L'emboucher à la chambre d'inhalation
- Y pulvériser les doses ordonnées

⇒ L'enfant respire dans la chambre d'inhalation - compter jusqu'à 10 ou 20 selon la prescription
 Bien vérifier que les clapets sont mobilisés par la respiration de l'enfant.

ELEVE : Nom - Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE

Protocole rédigé et signé par le médecin traitant
(un exemplaire doit être inséré dans la trousse d'urgence)

PAI 2 AL

Eviction alimentaire : non
 oui

Si oui, lesquelles :

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE

CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE

Noter l'heure d'apparition des signes cliniques

SIGNE D'APPEL	CONDUITE A TENIR ET/OU TRAITEMENT ET POSOLOGIE
Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'orties, plaques rouges	
Yeux gonflés, éternuements, écoulement de nez	
Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Douleurs abdominales, vomissements	
Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie, d'étouffement	
Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements, perte de connaissance	

Appeler le SAMU 15

- Informer de l'existence et du contenu du PAI
- Signaler ce qui a été fait, c'est à dire l'heure d'apparition des signes cliniques et les médicaments donnés.
- Suivre les instructions
- Avertir ou faire avertir les parents de l'élève ou ses représentants légaux
- Rester à côté de l'élève

Date :

Signature et cachet du médecin :

ELEVE : Nom - Prénom :

AMENAGEMENTS A METTRE EN ŒUVRE

PAI 2 AL

LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE (spécifier clairement un ou plusieurs emplacements)

Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.
 Elle doit comporter l'ordonnance détaillée pour les soins.
 L'adrénaline auto-injectable peut être conservée à température ambiante n'excédant pas 23° pendant 18 mois.
 Toutefois lors des sorties scolaires en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme.
 La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.

PRISE ALIMENTAIRE

REPAS

Panier repas seul autorisé

Modalités pour la prise du repas (maintien de la chaîne du froid, lieu du repas, surveillance...) :

.....

Régime spécifique garanti par le distributeur de restauration collective

La famille s'engage à prévenir dès que possible de l'absence de l'élève en téléphonant au :

Menus proposés par la cantine avec éviction simple des aliments interdits faite :

Sous contrôle du personnel de cuisine Par l'élève * dans ce cas, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée

ELEVE : Nom - Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE EN CAS DE CRISE OU MALAISE AIGU

PAI 3 DI

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE

- Sucre/Biscuits secs ou pain
 - 1 ampoule de Glucagen
- (peut être conservée de préférence au réfrigérateur ou à température ambiante n'excédant pas 25° pendant 18 mois.
Lors des sorties scolaires en période chaude, elle devra être mise dans un sac isotherme)
- 1 copie du PAI

L'élève doit toujours avoir dans ses affaires :

- du sucre - des biscuits secs ou du pain
- le matériel nécessaire pour ses contrôles glycémiques.

L'ELEVE EST CONSCIENT ET EST CAPABLE D'AVALER

SIGNES D'APPEL

Signes d'hypoglycémie

(Ces signes n'étant pas constants chez tous les diabétiques, il convient de cocher les signes connus chez l'élève)

- pâleur sueurs tremblements
- difficultés pour parler
- troubles de la conscience sans perte de connaissance
- agitation somnolence confusion
- agressivité inhabituelle
- autres.....

CONDUITE A TENIR

1. L'élève dose sa glycémie
2. Lui donner..... morceaux de sucre ou un jus de fruit ou du miel

ET
un biscuit ou des biscottes ou du pain

A renouveler oui non

Si oui, combien de fois ?

Signes d'hyperglycémie

L'élève a soif et a besoin impérieux d'uriner
Son haleine a une odeur de pomme

1. L'élève dose sa glycémie.
2. Permettre à l'élève de boire et d'aller aux toilettes en étant accompagné

L'ELEVE EST INCONSCIENT

CONDUITE A TENIR

- Appeler le SAMU 15
- Allonger l'élève sur le côté, le couvrir. Ne pas lui donner ni à manger, ni à boire
- Signaler que l'élève a une ampoule de glucagen dans l'établissement.
- Appliquer les consignes données par le médecin du SAMU.
- Appeler la famille.
- Rester à côté de l'élève.

MODALITES PRATIQUES D'ARRET DE LA POMPE A INSULINE (si nécessaire)

Date :

Signature et cachet du médecin :

ELEVE : Nom - Prénom :

PROTOCOLE D'URGENCE EN CAS DE CRISE OU MALAISE AIGU

PAI 4 EP

Rédigé et signé par le médecin traitant

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE ET CONSIGNES D'ADMINISTRATION

SIGNES D'APPEL

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PERTE DE CONNAISSANCE BRUTALE | <input type="checkbox"/> CHUTE SPONTANEE |
| <input type="checkbox"/> MOUVEMENTS NORMAUX | <input type="checkbox"/> ABSENCE : BREVE PERIODE DE NON RECEPTIVITE |
| <input type="checkbox"/> MOUVEMENTS ANORMAUX | |

RECOMMANDATIONS GENERALES

- ▶ Rester calme et faire évacuer les autres élèves
- ▶ Noter l'heure de début de la crise
- ▶ Laisser l'élève allongé par terre sans essayer de le contenir et éloigner tout risque de traumatisme
- ▶ Quand les mouvements ont cessé, le mettre sur le côté
- ▶ Au bout de 2 à 5 minutes, si la crise persiste, appeler le SAMU 15 - Appliquer les consignes données par le médecin du SAMU
- ▶ Appeler la famille systématiquement

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES A L'ELEVE

Date :

Signature et cachet du médecin :



RECONDUCTION ou AVENANT au PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

Vu la circulaire n° 2003-135 du 08 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période, le présent protocole est élaboré entre l'établissement d'enseignement public et privé sous contrat du premier et second degré, la famille ou le service spécialisé.

Elève Nom : Prénom : Et. Scolaire : Date de naissance : Sexe : Classe : Adresse :

◇ PAI reconduit sans modification pour l'année scolaire 20 - 20

◇ Modifications apportées :

.....

Fait à _____, le _____

Qualité	Signature
*/ Elève	
*/ Détenteur de l'autorité parentale	
*/ Chef d'Etablissement ou Directeur	
*/ Enseignant (s)	
*/ Médecin Education Nationale	
*/ Infirmière Education Nationale	
*/ Autres (à préciser)	

Pour information : le secret médical s'impose au personnel de santé, de même que le devoir de réserve aux membres de l'équipe éducative.

Formulaire à remplir pour bénéficier du SAPAD

L'état de santé d'un de vos patients entraîne une interruption temporaire partielle ou totale de sa scolarisation dans un établissement scolaire. Il vous est demandé de bien vouloir remplir le certificat médical ci-dessous, en spécifiant la durée prévisible et la possibilité ou non pour l'intéressé de se déplacer dans l'établissement scolaire pour recevoir un cours particulier.

Ce certificat permettra à votre patient de bénéficier du Service d'Assistance Pédagogique à Domicile (SAPAD) mis en place par l'éducation nationale.

Il s'agit d'un service gratuit pour les élèves malades ou accidentés, qui subissent un arrêt temporaire de scolarité supérieur à 15 jours ou qui ont un nombre important d'absences pour raison de santé. Le SAPAD peut avoir lieu en cours particuliers dans l'EPLÉ ou à domicile.

Ce service permet de maintenir la continuité scolaire et le lien avec la classe.

Les parents en font la demande auprès du coordinateur départemental du SAPAD du département. Ils lui remettent votre certificat médical attestant de l'impossibilité médicale de reprendre les cours partiellement ou en totalité.

En vous remerciant de votre collaboration,

Le directeur académique

Je soussigné(e) docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

Certifie que l'élève : (nom, prénom).....

né(e) le.....

est dans l'incapacité de suivre les cours dans son établissement scolaire à partir de ce jour pour une durée estimée à.....

est dans l'incapacité partielle de suivre les cours dans son établissement scolaire à partir de ce jour pour une durée estimée à.....

Il peut venir dans l'établissement scolaire pour bénéficier du SAPAD : OUI NON

Il peut bénéficier du SAPAD à domicile : OUI NON

Date, signature et cachet du médecin