

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE ALSH

ALSH:

- Allergies
 Panier repas

Année Scolaire:

Nom : Prénom :

Né(e) le :

Je soussigné,.....représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur.....

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnes en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil et qu'ils distribuent les médicaments de la trousse d'urgence selon le protocole de soins ci-joint.

Signature du représentant légal :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE(TELEPHONE)

- Samu : **15** ou **112** (téléphone portable)
- Domicile des parents :
- Père : portable travail :
- Mère : portable travail :
- Autre personne :
- portable : travail :
- Médecin traitant (allergologue,....) :

Pour tous les enfants concernés

1 Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin

- Indiquer les endroits où sont déposées les troussees d'urgence :

- Les troussees sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document.
- Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés.
- Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation nationale ou de PMI en cas de changement de la prescription médicale.

2 En cas de déplacement : sorties

- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Informer le personnel de l'existence du PAI et l'appliquer

Besoins spécifiques de l'élève

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes et s'engagent à le communiquer aux personnes qui pourraient être amenées à les remplacer.

Signature du PAI et date :

Directeur de l'ALSH

Elu représentant
la collectivité

La trousse d'urgence doit toujours être accessible avec un double de ce document, et suivre l'enfant en cas de déplacement scolaire

Endroit où se trouve la trousse d'urgence :

Besoins spécifiques de l'enfant :

➤ **En cas de changement d'enseignant, lui faire suivre l'information de façon prioritaire**

➤ **Les parents doivent vérifier la date de péremption des médicaments et les renouveler dès qu'ils sont périmés.**

EPIPEN



Enlever le capuchon bleu



Placer l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse

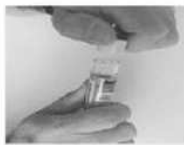


Appuyer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un déclic et maintenir appuyé pendant 10 sec.



Puis massez la zone d'injection

JEXT



Enlever le bouchon jaune



Placer l'extrémité noire du stylo sur la face extérieure de la cuisse



Appuyer fermement jusqu'à entendre un déclic en tenant la cuisse et maintenez appuyé pendant 10 sec.



Puis massez la zone d'injection

ANAPEN

Code: 34-009



Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille



Retirer le bouchon noir protecteur



Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse



Puis appuyer sur le bouchon rouge de déclenchement et maintenez appuyé pendant 10 SECS
Puis masser la zone d'injection

EMERADE



Enlever le capuchon protecteur de l'aiguille



Placer et appuyer le stylo contre la face externe de la cuisse. Maintenir le stylo contre la cuisse pendant environ 5 secondes



Masser légèrement le site d'injection

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes et s'engagent à le communiquer aux personnes qui pourraient être amenées à les remplacer.

Signature du PAI et date :

Directeur ALSH

Elu représentant la
Collectivité

Elève: (nom, prénom, date de naissance)

Protocole rédigé le:

Par (signature et cachet de l'allergologue):

UNE RÉACTION PENDANT OU JUSTE APRÈS AVOIR MANGÉ

J'ÉVALUE IMMÉDIATEMENT LA GRAVITÉ DE LA RÉACTION

RÉACTION GRAVE ?

Ma voix change
Je respire mal, je siffle
Je tousse
J'ai très mal au ventre
Et je vomis
Mes mains, mes pieds et ma tête me
démangent

Je me sens bizarre
Je fais un malaise
Autres signes :

ATTENTION !

Cela peut être grave et encore plus si
plusieurs de ces signes sont associés

RÉACTION LÉGÈRE ?

Ma bouche pique ou gratte
Mon nez coule
Mes yeux piquent
Mes lèvres gonflent
J'ai des plaques rouges qui grattent

J'ai un peu mal au ventre
Et j'ai envie de vomir
Autres signes :

**MAIS JE PARLE ET
RESPIRE BIEN**

LES BONS RÉFLEXES

1. Allonger l'enfant ou le laisser ½ assis en cas de gêne respiratoire
2. **INJECTER** dans la face antéro-externe de la cuisse
3. **PUIS** APPELER LE SAMU (15, 112)
4. si gêne respiratoire, inhaler avec la chabre d'inhalation: bouffées de:
.....
.....
par prise de la gêne qui peuvent être renouvelées toutes lesmm
5. En attendant les secours, si les symptômes persistent, une 2^{ème} injection de.....
.....
peut être réalisée après 5 minutes ou plus

LES BONS REFLEXES

- 1-
- 2-
- 3- prévenir le SAMU et les parents
- 4- surveiller l'enfant jusqu'à disparition des symptômes
- 5- prévoir une consultation médicale

EN L'ABSENCE D'AMÉLIORATION

J'évalue de nouveau la gravité de la situation

PROTOCOLE D'URGENCE A REMPLIR PAR L'ALLERGOLOGUE

Nom : Prénom :

Né(e) le : Poids :

Allergies à :

Préciser les spécificités de l'enfant (*gravité antérieure, réaction sur traces ou en inhalation, asthme...*) **et si facteurs aggravants** (*chaud, froid, effort, cause inconnue...*)

Trousse d'urgence

- Adrénaline :
- Bronchodilatateur :
- Corticoïde :
- Antihistaminique :
- Chambre d'inhalation :

Restauration et goûters

- Non autorisés
- Paniers repas et goûter famille
- Repas garanti sans allergène par la restauration et goûter famille
- Menus habituels et goûters avec éviction gérée par l'enfant
- Autres aménagements :

Activités (*arts plastiques, cuisine ...*) :

Ne pas manipuler :

Sortie (*bus...*) :

Effort physique :

Signature et cachet de l'allergologue :

Date :