

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE ALSH

Athmes

ALSH:

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 personnels 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 :
- Médecin spécialiste :

Pour tous les enfants concernés

➤ **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

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

- Les trousse 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.

➤ **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

Protocole de soins d'urgence

A renseigner par le médecin qui suit habituellement l'enfant

Ce protocole est destiné à la mise en œuvre de traitements d'urgence par des **personnels non soignants** en milieu scolaire

Nom : Prénom :
Date de naissance : Poids :

Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) :

(joindre l'ordonnance détaillée correspondante)

Bronchodilatateur inhalé :

Recommandations de la Société Française de Pneumologie et Allergologie Pédiatrique 2007 :

- **Salbutamol** (1 bouffée=100 µg) : préférentiellement spray + chambre d'inhalation (chaque bouffée doit être inhalée en 3 à 5 respirations calmes ; masque facial avant 3-4 ans, embout buccal au-delà) surtout avant 8 ans ou spray auto-déclenché
Posologie : 1 bouffée/2 kgs (max 10 bouffées/prise)
- **Terbutaline** (1 bouffée=500 µg)
Posologie : 1 bouffée/10 kgs (max 2 bouffées/prise)

Corticoïdes per os :

Rappel : pas d'intérêt des corticoïdes inhalés dans le traitement de la crise d'asthme (ex : Bécotide°, Flixotide°, Sérétide°, ...); selon recommandations de la Société de Pneumologie et Allergologie Pédiatrique 2007

Chambre d'inhalation (joindre une copie du mode d'emploi) :

Signes d'alerte de la crise d'asthme ou équivalent:

toux sèche et répétée, gêne respiratoire, essoufflement, irritation de la gorge, oppression thoracique, sifflements audibles

Dès les premiers signes, pratiquer le protocole suivant et prévenir les parents

Bronchodilatateur inhalé.....bouffées



Disparition totale des signes ou **amélioration** franche



Rester vigilant
Prévenir les parents



Persistance ou signes de **gravité**

Difficultés à parler, utilisation des muscles du cou/du ventre pour respirer, pâleur, sueurs, angoisse



**Appeler le 15
ou le 112**

DANGER

- Renouveler la prise de bronchodilatateur pour un total de 3 fois, en espaçant de 20 mn chaque prise
- Donner corticoïdes per os :

Pour mémoire :

prednisolone/Solupred® : 1mg/kg-
béthamétasone/Célestene® : 10 gouttes/kg)

Date :
Signature et cachet du médecin :

Asthme instable

Utilisation fréquente de β 2 stimulants à courte durée d'action
(plus d'un spray par mois) non oui

Antécédents de réanimation ou de séjour en unité de soins intensifs non oui

Arrêt récent d'une corticothérapie orale longue non oui

Augmentation récente de la fréquence et de la gravité des crises non oui

Moindre sensibilité aux β 2 stimulants à courte durée d'action non oui

Facteurs liés au terrain

Mauvaise perception par l'enfant de ses symptômes non oui

Difficultés d'observance du traitement non oui

Facteurs déclenchants particuliers

Allergie alimentaire non oui

Allergie aux moisissures non oui

Autres (préciser) non oui

Traitement de fond quotidien (si oui, préciser lequel) non oui

Remarques :

Date :
Signature et cachet du médecin :