

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE ALSH

Epilepsie

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:15ou112(téléphone portable)
- Domicile des parents:
- Père:portable..... travail :.....
- Mère: portable..... travail :.....
- Autre personne:.....
portable:..... travail :.....
- Médecin traitant (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 Directeur de l'ALSH 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 ls personnel de l'existence du PAI et l'appliquer

Besoins spécifiques de l'enfant.

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 EN CAS DE CRISE CONVULSIVE

A renseigner par le médecin spécialiste qui suit l'enfant

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

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance:.....

Si le médecin le juge nécessaire : Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'ALSH) :
(joindre l'ordonnance détaillée correspondante)

EN CAS DE	SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR
AURA DE LA CRISE	Signes spécifiques existant avant la crise Non : Oui : Si oui, lesquels : • • •	Appeler le SAMU : 15 ou 112 Allonger l'élève en position latérale de sécurité
CONVULSIONS	CRISES PARTIELLES : <i>(description des signes)</i> GRANDES SECOUSSES SACCADEES : • Avec raideur brutale: • Avec perte de connaissance:	Lors d'une crise convulsive : <ul style="list-style-type: none">• Noter l'heure de début et l'heure de fin• Isoler l'élève, faire prendre en charge les autres élèves par les adultes de l'établissement• Allonger l'élève par terre• Enlever dans l'environnement proche de l'élève tout objet contre lequel il peut se blesser (table, chaise,...)• Faciliter la respiration en desserrant ses vêtements, surtout autour du cou. Enlever les lunettes• Attendre la fin de la crise Dès la fin des convulsions : <ul style="list-style-type: none">• Noter l'heure de la fin de la crise• Placer l'enfant en position latérale de sécurité• Rester auprès de l'enfant, le couvrir, le rassurer

NB : sauf cas exceptionnel, seuls les parents ou les professionnels de santé sont habilités à pratiquer des injections intra-rectales

Date :
Cachet et signature du médecin :