

Nom de l'établissement

Projet d'Accueil Individualisé A.A / A.H

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)
Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n° 9 du 23/06/2001)

PHOTO
facultatif

Recommandation : prescription initiale par un allergologue
de l'adrénaline auto injectable en cas d'anaphylaxie

Année scolaire :

AVERTISSEMENT POUR LES PARENTS : La décision de relever des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de trouble de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnes sont elles-mêmes astreintes au secret professionnel et ne transmettent entre elles que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

COORDONNÉES DE L'ÉLÈVE

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : Age : Sexe : M F Classe : Restauration scolaire Garderie

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ENFANT (cocher la mention retenue)

PAI pour risque anaphylactique (adrénaline) oui non (Si OUI, cf. conduite à tenir au verso)

PAI pour éviction simple de l'aliment

Traces autorisées oui non (si traces non autorisées, fiche de liaison à remplir obligatoirement cf page 4)

ALIMENTS INTERDITS :

Ne pas manipuler certains matériaux en cas d'allergie connue

ACTIVITÉS (Arts plastiques, cuisine...) :

fruits à coque, cacahuète (arachide) pâte à modeler pâte à sel

produits de coiffure/cosmétique insectes à venin : abeilles, guêpes...

Autres :

RESTAURATION SCOLAIRE

CANTINE

Menus habituels avec éviction simple des aliments concernés (lecture des menus par les parents)

Régimes spécifiques garantis par le distributeur de restauration collective

Paniers repas

Cantine non autorisée (cas exceptionnel)

Autres :

GOÛTERS :

Consommation des goûters habituels avec éviction simple

Aucune prise alimentaire autre que le goûter apporté par l'élève

COORDONNÉES / CONTACTS PRIORITAIRES

Coordonnées de la mère : Nom et Prénom(s) :

Domicile : 0262 GSM : 069 travail :

Coordonnées du père : Nom et Prénom(s) :

Domicile : 0262 GSM : 069 travail :

Autre personne responsable : Nom et Prénom(s) :

Domicile : 0262 GSM : 069 travail :

REFERENT MEDICAL A CONTACTER SI BESOIN

Médecin traitant : Nom /Prénom : ☎ :

Médecin spécialiste : Nom /Prénom : ☎ :

Médecin de PMI / Éducation nationale : Nom /Prénom : ☎ :

Infirmière de PMI / Éducation nationale : Nom /Prénom : ☎ :

PROTOCOLE D'URGENCE

Évaluation immédiate de la gravité de la réaction allergique pendant ou juste après avoir mangé ou avoir été piqué par un insecte

RÉACTION D'EMBLÉE GRAVE

- ☞ la voix change
- ☞ l'enfant respire mal, tousse, siffle
- ☞ l'enfant a très mal au ventre, vomit
- ☞ l'enfant se sent mal ou bizarre, fait un malaise
- ☞ l'enfant se gratte intensément surtout paumes des mains et plantes des pieds

**ACTION !
D'URGENCE**

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

- 1/ Allonger l'enfant ou le laisser demi assis en cas de gêne pour respirer
- 2/ appeler le SAMU (15 ou 112)
- 3/ en **URGENCE** Injecter l'adrénaline dans la face externe de la cuisse : ANAPEN, JEXT, EPIPEN, EMERADE
- 3/ si gêne pour respirer : faire inhaler le bronchodilatateur (VENTOLINE) : 10 bouffées du spray bleu avec la chambre d'inhalation en gardant le masque, à renouveler au bout de 10 min si la gêne persiste
- 4/ autres :
- 5/ en l'absence d'amélioration, interroger le SAMU (15 ou 112) orienter vers un service d'accueil urgences

**NOTER LA DATE,
L'HEURE DES SIGNES ET DE LA PRISE EN CHARGE
RESTER A COTE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT**

RÉACTION PARAIT MODÉRÉE

- ☞ la bouche pique ou gratte, le nez coule
- ☞ les lèvres gonflent
- ☞ l'enfant a des plaques rouges qui grattent
- ☞ l'enfant a un peu mal au ventre, envie de vomir

Mais l'enfant parle et respire bien
Conduite à tenir

Administrer :

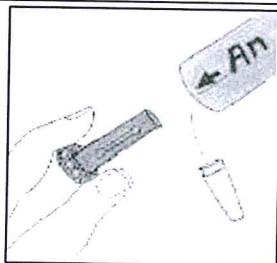
- 1/ anti Histaminique :
- 2/ autres (corticoïdes) :
- 3/ surveiller l'enfant
- 4/ prévenir les parents
- 5/ si **AGGRAVATION**, Traiter comme une réaction grave

**NOTER LA DATE,
L'HEURE DES SIGNES ET DE LA PRISE EN CHARGE
RESTER A COTE DE L'ENFANT OU DE L'ADOLESCENT**

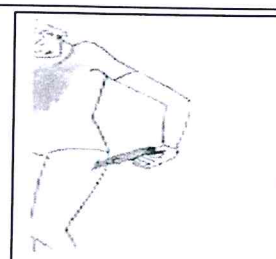
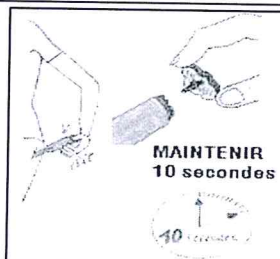
TECHNIQUES D'INJECTION DE L'ADRENALINE :

Traitement par ANAPEN®

Retirer le capuchon noir protecteur de l'aiguille

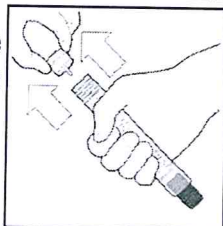


Retirer le bouchon noir protecteur, appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse et appuyer sur le bouton rouge de déclenchement et maintenir appuyé 10sec, puis masser la zone.

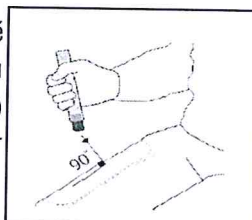


Traitement par JEXT®/ EPIPEN®

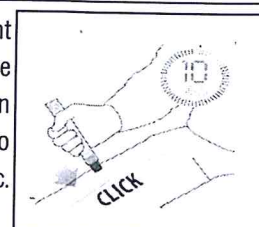
Retirer le bouchon



Placer l'extrémité noire (JEXT) ou orange (EPIPEN) du stylo injecteur



Appuyer fermement jusqu'à entendre un déclic en tenant bien la cuisse et tenir le stylo appuyé pendant 10 sec.



Autre traitement : (joindre fiche technique d'injection)

En cas d'hospitalisation de l'enfant, veuillez prévenir le médecin de PMI / Education Nationale



TROUSSE D'URGENCE NOMINATIVE

contenant médicaments fournis par les parents, accessible à tout moment

JOINDRE L'ORDONNANCE

ENFANT : Nom : Prénom(s) :

Emplacement de la trousse (à conserver de préférence au réfrigérateur ou un endroit frais et accessible à tout moment et connu de tout le personnel) :

• Contenu obligatoire de la trousse (vérifier la date de péremption, notez le nom de la personne)

- Antihistaminique : Dates de péremption :/...../.....

- Broncho-dilatateur + chambre d'inhalation : Dates de péremption :/...../.....

- Adrénaline injectable (2 STYLOS): Dates de péremption :/...../.....
(RECOMMANDATION : 1ère prescription par un allergologue)

- Corticoïdes : Dates de péremption :/...../.....

- Autre : Dates de péremption :/...../.....

Vérification du contenu faite le :/...../..... Par : Signature :

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	Signature de l'Élève	Signature du Médecin traitant / Spécialiste
Signature du médecin PMI / EN	Signature de l'infirmière / puéricultrice	Signature du Directeur / Directrice
Signature de l'Enseignant principal	Signature du représentant collectivité	Signature de la restauration

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité des documents (et ses annexes).
Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

RECONDUCTION DU PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ Á LA DEMANDE DES PARENTS

- ☞ Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire.
- ☞ Si aucune modification n'est intervenue, le présent projet d'accueil individualisé est reconduit à l'identique pour 1 année.
- ☞ Fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments dont la date de péremption est dépassée.

Année scolaire :	Classe :	Reconduit-le :
Modification : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date :	
Signataires	Parents ou responsables légaux (nom et signature)	Directeur d'école ou chef d'établissement (Nom et signature)
	Médecin(s) (Cachet et signature)	Représentant de la collectivité (si nécessaire)

Fiche de liaison accompagnant le PAI AA en cas d'anaphylaxie avec prescription d'auto-injecteur d'adrénaline

Fiche de liaison entre le médecin prescripteur et le médecin de l'Education Nationale / PMI
Informations destinées au personnel encadrant l'élève sur le temps scolaire et périscolaire

Nom de l'enfant : Prénom : Age :

L'ÉLÈVE et SON ALLERGIE

- aliments interdits :
- forme cuite autorisée : oui non
- histoire de l'allergie :
 - âge de début de l'allergie :
 - signes présentés :
 - dose de l'aliment ingéré :
- suivi allergique : oui non date de la dernière consultation :
- une réintroduction (y compris accidentelle) de l'aliment a-t-elle été réalisée depuis la première réaction : oui non
- lieu de la réintroduction si elle a eu lieu : à domicile à l'hôpital
- s'il y a eu une réaction quels étaient les signes présentés, à quelle dose ingérée ? :

COMPÉTENCES DE L'ÉLÈVE/ (DE LA FAMILLE) VIS A VIS DE SON ALLERGIE

- connaît-il son régime d'éviction? oui non
- sait-il refuser un aliment en cas de doute? oui non
- sait-il lire un étiquetage industriel ? oui non
- sait-il reconnaître les signes d'anaphylaxie et leur gravité? oui non
- connaît-il la conduite à tenir en cas d'urgence? oui non
- sait-il réaliser l'auto-injection avec le stylo auto-injecteur d'adrénaline? oui non

PRUDENCE PARTICULIÈRE vis à vis du risque anaphylactique

Si l'élève présente un ou plusieurs de ces facteurs de risque reconnus de réaction sévère :

- asthme : oui non traitement de fond actuel :
- âge : adolescence petit enfant (< 6 ans)
- ATCD anaphylactique : oui non
- réaction allergique survenue à l'effort : oui non
- allergène courant ne faisant pas partie de la déclaration obligatoire des 14 allergènes : oui non
- maladie spécifique liée à l'allergie : oui non si oui laquelle :

LISTE DES 14 ALIMENTS ALLERGÈNES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE



- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. céréales contenant du gluten (blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut, ou leurs souches hybridées) et produits à base de ces céréales2. crustacés et produits à base de crustacés3. œufs et produits à base d'œuf4. poissons et produits à base de poisson5. arachides et produits à base d'arachide6. soja et produits à base de soja7. Lait et produits à base de lait (y compris lactose) | <ol style="list-style-type: none">8. fruits à coque (amande, noisette, noix, noix de cajou, noix de macadamia, noix du Brésil, de Queensland, pistache, et produits à base de ces fruits9. céleri et produits à base de céleri10. moutarde et produits à base de moutarde11. graines de sésame et produits à base de sésame12. anhydride sulfureux et sulfites en concentration > 10mg/kg ou 10 mg/l (exprimés en SO₂)13. lupin et produits à base de lupin14. mollusques et produits à base de mollusques |
|--|--|

ATTENTION

NE RELÈVENT PAS DE RENOUVELLEMENT DE PAI :

- ☞ allégations d'allergie alimentaire par l'entourage familial pour lesquelles l'enquête diagnostique ne confirme pas l'existence d'une allergie alimentaire
- ☞ sensibilisations à des allergènes sans symptôme clinique associé.
- ☞ symptômes digestifs chroniques ou récidivants pour lesquels la procédure diagnostique a éliminé une allergie alimentaire.
- ☞ allergie alimentaire de la petite enfance cliniquement guérie.
- ☞ réaction aux venins d'insecte révélée par des manifestations cutanées locales ou locorégionales.