

Institution Sainte-Chrétienne
 20 rue St Croix 57200
 Sarreguemines
 Tel : 03.87.98.05.51
 Mail : isc.sarg@wanadoo.fr



Photo
récente
obligatoire

Projet d'Accueil Individualisé
Allergie alimentaire
 Année 2021-2022

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé sur une longue période
 Circulaire n°2003-135 du 08.09.2003

ELEVE CONCERNE	CLASSE :
NOM-PRÉNOM : Date de naissance : Adresse : ETABLISSEMENT SCOLAIRE : Institution Sainte Chrétienne La Salle Sarreguemines NOM DU CHEF D'ETABLISSEMENT : M. MARCHAL..... NOM DU RESPONSABLE DE NIVEAU/ ENSEIGNANT(E) :	

COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX		
NOM PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE
PERE :		<ul style="list-style-type: none"> ● Portable : ● domicile ● travail :
MERE :		<ul style="list-style-type: none"> ● Portable : ● domicile ● travail :
AUTRES RESPONSABLES LEGAUX :		<ul style="list-style-type: none"> ● Portable : ● domicile ● travail :
MÉDECIN TRAITANT (Nom + coordonnées) :		
REFERENTS A CONTACTER EN CAS D'URGENCE		

- Parents ou responsables légaux :
- SAMU : 15/112
- médecin ou service hospitalier :
- autre :

ELEVE : NOM PRENOM.....

**PROTOCOLE D'URGENCE
REDIGE ET SIGNE PAR LE MEDECIN TRAITANT ou L'ALLERGOLOGUE**

Date du bilan allergologique :

L'élève est allergique à (préciser le ou les allergènes en cause) :

.....
.....

COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE

.....
.....

CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE

NOTER L'HEURE D'APPARITION DES SIGNES CLINIQUES :

SIGNES D'APPEL	CONDUITE A TENIR TRAITEMENT ET OU POSOLOGIE
Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Yeux gonflés, éternuements, écoulements de nez	
Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Douleurs abdominales, vomissements	
Toux sèches, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'élève se plaint de ne pas pouvoir respirer normalement	
Toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie, étouffement	
Malaise avec démangeaison, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements, perte de connaissance	

APPELER LE SAMU 15

- Informer de l'existence 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 PRENOM.....
AMENAGEMENT A METTRE EN OEUVRE

LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE

.....
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 peut être conservée à température ambiante n'excédant pas 25° pendant 18 mois. Toutefois lors des sorties scolaires en période chaude, 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 :
.....
.....
● **Menus proposés par la restauration scolaire avec éviction simple de l'agent allergisant**

- GOÛTER
Modalités à préciser
.....

-SORTIES ET VOYAGES SCOLAIRES
● Emporter la trousse d'urgence complète avec le PAI
● L'adrénaline peut être conservée à température ambiante n'excédant pas 25° pendant 18 mois.
● Toutefois lors des sorties scolaires en période chaude, elle devra être mise dans un sac isotherme.
● Prendre un téléphone mobile et s'assurer de la couverture du réseau.
● La personne responsable de la sortie doit avertir la structure d'accueil de l'existence du PAI et s'assurer que les conditions d'accueil permettent d'appliquer les consignes contenues dans le document. À défaut, en informer les parents.

SIGNATAIRES DU PAI

Parents ou responsables légaux :	Représentant de l'établissement : (cachet, nom et signature)
Médecin : (cachet et signature)	