LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

◯ PAI initial
◯ PAI de suivi
◯ Durée indéterminée
◯ Validité pour ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Téléphone : 247-75540

PAI - Projet d'Accueil Individualisé
ALLERGIES VENIN D'HYMÉNOPTÈRES

⚠ La présente page interactive nécessite au minimum la version 8.1.3 d'Adobe Acrobat® Reader®. La dernière version d'Adobe Acrobat Reader pour tous systèmes (Windows®, Mac, etc.) est téléchargeable gratuitement sur le site de Adobe Systems Incorporated.

Vos droits concernant vos données personnelles :

Les informations qui vous concernent recueillies sur ce formulaire font l'objet d'un traitement par l'administration concernée afin de mener à bien votre demande. Ces informations sont conservées pour la durée nécessaire par l'administration à la réalisation de la finalité du traitement.
Les destinataires de vos données sont les administrations compétentes dans le cadre du traitement de votre demande. Veuillez-vous adresser à l'administration concernée par votre demande pour connaître les destinataires des données figurant sur ce formulaire.
Conformément au règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant d'effacement des informations vous concernant. Vous disposez également du droit de retirer votre consentement à tout moment.
En outre et excepté le cas où le traitement de vos données présente un caractère obligatoire, vous pouvez, pour des motifs légitimes, vous y opposer.
*Si vous souhaitez exercer ces droits et/ou obtenir communication de vos informations, veuillez-vous adresser aux **Ministère de la Santé** . Dans le cas où les coordonnées du service responsable ne sont pas indiquées, vous avez la possibilité de vous adresser au délégué à la protection des données des **Ministère de la Santé** via info_donnees@ms.etat.lu. Vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale pour la protection des données ayant son siège à 1, Avenue du Rock'n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette.*

1. Saisie

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Identité du demandeur

Photo

Réservé à la Médecine Scolaire :

Nom(s) de l'élève/enfant* :

Prénom(s) de l'élève/enfant* :

Numéro d'ident. national* : (date de naissance à défaut) Cycle/Classe :

Etablissement scolaire/SEA* :

Localité de l'Etablissement* :

Nom(s) du/des représentant légal/parents* :

Adresse* :

Téléphone :

E-mail :

MSA_DSA_PAI-AH_F_202002_6

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

- ◯ PAI initial
- ◯ PAI de suivi
- ◯ Durée indéterminée
- ◯ Validité pour ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Téléphone : 247-75540

Délégation de soins

Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Je soussigné*, _____

Représentant légal ou élève majeur, demande pour mon enfant/moi-même la mise en place d'un

Projet d'Accueil Individualisé / PAI à partir de la prescription médicale et du protocole d'intervention d'urgence

du Dr* _____

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance et appliqué par les personnes en charge de l'élève/enfant :
école, équipe de santé scolaire, structure d'éducation et d'accueil, SePAS.
Il est de ma responsabilité

- de vérifier la date de péremption des médicaments
- de les renouveler dès qu'ils sont périmés
- en cas de changement de prescription médicale, d'informer les personnes en charge de l'enfant et l'équipe de santé scolaire

Signature (obligatoire)

Lieu* : _____

Le* : _____

Signature de l'élève si majorité >18 ans ou du représentant légal* : _____

Médecin prescripteur de PAI

Nom* : _____

Le* : _____

Signature du médecin* : _____

Réservé au médecin de la Direction de la Santé - Division de la médecine scolaire et de la santé des enfants et adolescents

PAI reçu le : _____

transmis à : _____

à la date du : _____

Signature : _____

MSA_DSA_PAI-AH_F_202002_6

Nom(s) de l'élève* : _____ Numéro d'ident. national* : _____

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

◯ PAI initial
◯ PAI de suivi
◯ Durée indéterminée
◯ Validité pour ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Téléphone : 247-75540

2. Personnel encadrant

Equipe(s) de Santé scolaire	Nom	Fonction	Téléphone
Enseignant(s) responsable(s)	**Nom**	**Fonction**	**Téléphone**
Encadrant(s) Maison relais / Foyer scolaire / crèche	**Nom**	**Fonction**	**Téléphone**
SePAS/ESEB	**Nom**	**Fonction**	**Téléphone**
Autre(s)	**Nom**	**Fonction**	**Téléphone**

3. Médecins en charge de l'enfant

Médecin(s) de Famille	Nom	Adresse	Téléphone
Spécialiste(s)	**Nom**	**Adresse**	**Téléphone**

MSA_DSA_PAI-AH_F_202002_6

Nom(s) de l'élève* : _____ Numéro d'ident. national* : _____

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

☐ PAI initial
☐ PAI de suivi
☐ Durée indéterminée
☐ Validité pour ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Téléphone : 247-75540

4. Transmission du PAI / Réunion de concertation

Séance d'information :

Date :

Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI

(indiquer les noms et fonctions de toutes les personnes au courant)

Fonction	Nom/Prénom	Signature	Date
Enseignant(e) principal(e)			
Educateur/Educatrice			
Responsable de Maison-relais			
Encadrant(e) Maison-relais			
SEPAS			
ESEB			
Autre			
Autre			
Autre			

Pour l'équipe médico-scolaire

Une copie de PAI a été remise à :

à la date du :

IMPORTANT: Instructions pour le personnel encadrant en charge de l'élève:

- **Veuillez informer les directeurs de l'enseignement fondamental/secondaire, les enseignants et personnes encadrantes ou remplaçant(e)s de l'existence du PAI.**
- **Veuillez renvoyer une copie de cette page à la Division de la Médecine scolaire (20, rue de Bitbourg, L- 1273 Luxembourg-Hamm) après avoir pris connaissance du PAI et signatures des personnes concernées.**

MSA_DSA_PAI-AH_F_202002_6

Nom(s) de l'élève* :

Numéro d'ident. national* :

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

☐ PAI initial
☐ PAI de suivi
☐ Durée indéterminée
☐ Validité pour ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Téléphone : 247-75540

5. Consignes

1. Trousse d'urgence

METTRE UNE COPIE DE CE DOCUMENT DANS LA TROUSSE D'URGENCE

Contenu / Médicaments	Date de péremption
Localisation	
Etablissement scolaire ☐	
Foyer / Maison-relais ☐	
Autre ☐	

- **EN CAS D'APPEL DU SAMU, L'INFORMER DE CE DOCUMENT**
- **INFORMER LES PARENTS**
- **LA TROUSSE D'URGENCE DOIT SUIVRE L'ENFANT DANS TOUS LES DEPLACEMENTS HORS DE L'ETABLISSEMENT**

2. Usage d'ADRENALINE

☐ **OUI** **(veuillez remplir la page 6 ou 7)**

☐ **NON**

MSA_DSA_PAI-AH_F_202002_6

Nom(s) de l'élève* : _____ Numéro d'ident. national* : _____

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

◯ PAI initial
◯ PAI de suivi
◯ Durée indéterminée
◯ Validité pour ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Téléphone : 247-75540

6a. PLAN D'ACTION EN URGENCE – VENIN D'HYMÉNOPTÈRES

S'il y a nécessité d'usage d'**ADRENALINE**, et il s'agit du **FASTJEKT** ou de l'**EPIPEN**, veuillez remplir cette page.

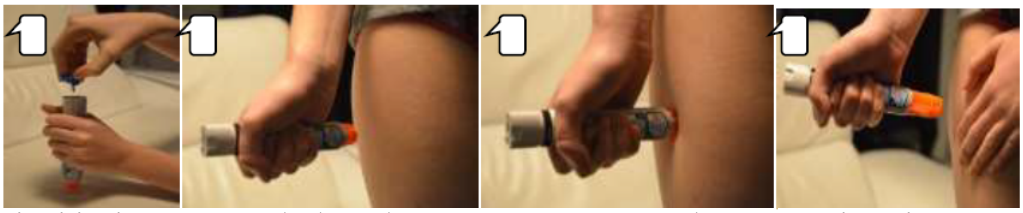
EN CAS DE PIQÛRE DE GUÊPE OU ABEILLE :

RÉACTION SÉVÈRE :

- Ma voix change
- J'ai du mal à parler
- Je respire mal, je siffle, je tousse
- J'ai très mal au ventre, je vomis
- Je me sens mal, je fais un malaise

ATTENTION !
CELA PEUT ÊTRE GRAVE.
FAITES POUR MOI RAPIDEMENT LES BONS GESTES

1. INJECTER LE FASTJEKT ou L'EPIPEN :



Enlever le bouchon bleu | Placer l'extrémité orange à 5 cm en regard de la face extérieure de la cuisse à angle droit | Enfoncez fermement jusqu'à entendre un déclic et maintenir enfoncé pendant 10 secondes | Massez la zone d'injection pendant 10 secondes

2. APPELER LE SAMU (112)

3. Allonger l'enfant avec les jambes surélevées ou le laisser assis en cas de gêne respiratoire.
2e injection dans l'autre cuisse en cas d'absence d'amélioration après 10-15 min. ◯ **OUI** ◯ **NON**

4. AIDER A RESPIRER

- B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation : _____

- Corticoïde oral : _____

RÉACTION LÉGÈRE :

- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir
- Gonflement local important

ATTENTION !
JE PARLE ET RESPIRE BIEN

1. Antihistaminique : _____

2. Corticoïde application locale ou oral : _____

3. Surveiller l'enfant et prévenir les parents

4. Si aggravation : ***traiter comme une réaction sévère, si pas d'adrénaline préscrite, appeler le SAMU 112***

*protocole validé par la société luxembourgeoise d'allergologie et immunologie

Signature

Lieu* : _____

Le* : _____

Cachet et signature du médecin *: _____

Nom(s) de l'élève* : _____ Numéro d'ident. national* : _____

LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

◯ PAI initial
◯ PAI de suivi
◯ Durée indéterminée
◯ Validité pour ____ / ____

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents

20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Téléphone : 247-75540

6b. PLAN D'ACTION EN URGENCE – VENIN D'HYMÉNOPTÈRES

S'il y a nécessité d'usage d'**ADRENALINE**, et il s'agit de l'**ANAPEN**, veuillez remplir cette page.

EN CAS DE PIQÛRE DE GUÊPE OU ABEILLE :

RÉACTION SÉVÈRE :

- Ma voix change
- J'ai du mal à parler
- Je respire mal, je siffle, je tousse
- J'ai très mal au ventre, je vomis
- Je me sens mal, je fais un malaise

ATTENTION !
CELA PEUT ÊTRE GRAVE.
FAITES POUR MOI RAPIDEMENT LES BONS GESTES

1. INJECTER L'ANAPEN :

Enlever le bouchon noir protecteur de l'aiguille en tirant fort

Appuyer fermement sur la cuisse

Enlever le bouchon gris de sécurité du bouton rouge déclencheur en tirant

Maintenir enfoncé et appuyer sur le déclencheur (« clic ») Maintenir pendant 10 sec. Et puis masser la zone

2. APPELER LE SAMU (112)

3. Allonger l'enfant avec les jambes surélevées ou le laisser assis en cas de gêne respiratoire.
2e injection dans l'autre cuisse en cas d'absence d'amélioration après 10-15 min. ◯ **OUI** ◯ **NON**

4. AIDER A RESPIRER

- B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation : _____

- Corticoïde oral : _____

RÉACTION LÉGÈRE :

- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir
- Gonflement local important

ATTENTION !
JE PARLE ET RESPIRE BIEN

1. Antihistaminique : _____

2. Corticoïde application locale ou oral : _____

3. Surveiller l'enfant et prévenir les parents

4. Si aggravation : ***traiter comme une réaction sévère, si pas d'adrénaline préscrite, appeler le SAMU 112***

*protocole validé par la société luxembourgeoise d'allergologie et immunologie

Signature

Lieu* : _____

Le* : _____

Cachet et signature du médecin *: _____

MSA_DSA_PAI-AH_F_202002_6

Nom(s) de l'élève* : _____ Numéro d'ident. national* : _____