



PAI ALLERGIES ALIMENTAIRES

Projet d'Accueil Individualisé : PAI initial PAI de suivi

Validité pour...../..... Durée Indéterminée

Réservé à la Médecine Scolaire

AA

PHOTO	Nom(s) de l'élève:	Prénom(s):
	Matricule:	Cycle / classe:
	Etablissement scolaire/SEA:	Localité Etablissement:
	Nom(s) représentant légal/parents:	Adresse:
	1.	1.
	2.	2.
	Téléphone (joignable la Journée)	E-mail:

Délégation de soins :

Je soussigné,
Représentant légal, demande pour mon enfant 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 personnels en charge de mon enfant : école, équipe de santé scolaire, foyer scolaire, maison relais, 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

Date et signature du représentant légal: (SIGNATURE OBLIGATOIRE)

.....

➤ Médecin prescripteur du PAI:

Nom: Signature: date:

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:

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

PERSONNEL ENCADRANT

	Nom	Fonction	Téléphone
Equipe de Santé scolaire			
1.			
2.			
Enseignants responsables			
1.			
2.			
Encadrants Maison relais/Foyer scolaire			
1.			
2.			
SePAS/ESEB			
1.			
2.			
Autres			
1.			
2.			

MEDECINS EN CHARGE DE L'ENFANT

	Nom	Adresse	Téléphone
Médecin de Famille			
Spécialistes			
1.			
2.			
3.			

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

TRANSMISSION DU PAI / REUNION 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
1. Enseignant(e) principal			
2. Educateur/Educatrice			
3. Responsable de Maison-relais			
4. Encadrants Maison-relais			
5. SEPAS			
6. ESEB			
7.			
8.			
9.			
10.			

Pour l'équipe médico-scolaire:

Une copie du PAI a été remise à : Date:

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.
- Veuillez renvoyer une copie de la page 3 à la Division de la Médecine scolaire (20 rue de Bitbourg L- 1273 Luxembourg-Hamm, ou par mail au secmedscol@ms.etat.lu) après avoir pris connaissance du PAI et signatures des personnes concernées.

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

Conditions d'accueil

Une copie de ce formulaire est à remettre aux prestataires de restauration collective.

Allergie(s) alimentaire(s) de l'enfant:		
Aliment(s) à exclure :	<ul style="list-style-type: none"> • • • 	<ul style="list-style-type: none"> • • •

A) Restauration collective (cantine scolaire/SEA)

Régime d'éviction simple : Les aliments susmentionnés sont exclus comme ingrédient dans le régime alimentaire de l'enfant. Les traces des aliments susmentionnés sont tolérées.

Régime d'éviction stricte : Les aliments susmentionnés y compris leur présence fortuite (traces, suite à une contamination croisée), sont exclus dans le régime alimentaire de l'enfant. L'accueil pourra se faire sous forme d'un panier repas (fourni par les parents) ou d'un plat certifié « sans allergènes » (fourni par une société spécialisée).

Remarque : Il revient au prestataire de restauration collective de déterminer ensemble avec les parents, sous quelle forme se fera l'accueil en pratique. Ceci tout en respectant les capacités et procédures internes des différentes structures d'accueil.

B) Goûters (à l'école/SEA)

- Régime d'éviction simple Régime d'éviction stricte (goûters fournis par les parents)
 La distribution de fruits et légumes frais, lavés est autorisée (sauf les aliments à exclure)

C) Activités d'arts plastiques, ateliers de cuisine

- Le contact avec l'/les aliment(s) suivant doit être évité :
 Aucune restriction Autres :

D) Autres aménagements éventuels

.....
.....
.....

Date: Signature et cachet du médecin :

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

CONSIGNES

1) Trousse d'urgence

Contenu	Copie du plan d'urgence	
	Médicaments:	Date de péremption:
	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.
	Autre:	
Localisation	Etablissement scolaire:	
	Maison relais/Foyer scolaire/SEA:	
	Autre:	
Remarques	<p>Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence</p> <p>EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT</p> <p>INFORMER LES PARENTS</p> <p>LA TROUSSE D'URGENCE DOIT SUIVRE L'ENFANT DANS TOUS LES DEPLACEMENTS HORS DE L'ETABLISSEMENT</p>	

2) USAGE ADRENALINE AUTO-INJECTABLE :

- **oui** (Si oui, veuillez remplir la page 6, 7 ou 8)
- **non** (Si non, veuillez remplir la page 8)

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

PLAN D'ACTION EN URGENCE – ALLERGIES ALIMENTAIRES

PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR MANGE :

REACTION SEVERE

- 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 gratte les mains, les pieds, la tête
- 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 :

REACTION LEGERE

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN



1. Antihistaminique :
2. Surveiller l'enfant et prévenir les parents
3. Si aggravation : **traiter comme une réaction sévère**

Date: Signature et cachet du médecin :

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

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

PLAN D'ACTION EN URGENCE – ALLERGIES ALIMENTAIRES





PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR MANGE :

REACTION SEVERE

- 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 gratte les mains, les pieds, la tête
- Je me sens mal, je fais un malaise

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

➔ **5. INJECTER LE FASTJEKT ou 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

6. APPELER LE SAMU 112

7. 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**

8. AIDER A RESPIRER :

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

-corticoïde oral :

REACTION LEGERE

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN

➔ 4. Antihistaminique :

5. Surveiller l'enfant et prévenir les parents

6. Si aggravation : **traiter comme une réaction sévère**

Date: Signature et cachet du médecin :

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

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

PLAN D'ACTION EN URGENCE – ALLERGIES ALIMENTAIRES

PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR MANGE :

REACTION LEGERE

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

MAIS JE PARLE ET RESPIRE BIEN

7. Antihistaminique :
8. Surveiller l'enfant et prévenir les parents
9. Si aggravation : **traiter comme une réaction sévère**



REACTION SEVERE

- Ma voix change et / ou
- J'ai du mal à parler et /ou
- Je respire mal, je siffle, je tousse et /ou
- J'ai très mal au ventre, je vomis et /ou
- Je me gratte les mains, les pieds, la tête et /ou
- Je me sens mal, je fais un malaise

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

1. **APPELER LE SAMU 112**
2. **AIDER A RESPIRER :**

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

-corticoïde oral :

3. **Antihistaminique** : si pas déjà donné pour une réaction légère

Date: Signature et cachet du médecin :

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