



# PAI ASTHME

Projet d'Accueil Individualisé : PAI initial

PAI de suivi

Validité pour ...../.....

Durée Indéterminée

<i>Réservé à la Médecine Scolaire</i>  <b>AS</b>	Nom(s) de l'élève:	Prénom(s):
	Matricule:	Cycle / classe:
PHOTO	Etablissement scolaire/SEA:	Localité Etablissement:
	Nom(s) représentant légal/parents:	Adresse:
	1.	1.
	2.	2.
	Téléphone ( <i>joignable la Journée</i> )	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](mailto:secmedscol@ms.etat.lu)) après avoir pris connaissance du PAI et signatures des personnes concernées.

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

## CONSIGNES

### 1) Trousse d'urgence

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

### 2) Conditions d'accueil

Activité physique	Sorties	Autres
<input type="checkbox"/> non autorisée	<input type="checkbox"/> non autorisées	<input type="checkbox"/> aucune restriction
<input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> autres (préciser): _____ _____ _____ _____

3) Autres aménagements éventuels: .....

.....

.....

Date: ..... Signature et cachet du médecin : .....

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

## PLAN D'ACTION EN URGENCE – ASTHME

### En CAS de CRISE D'ASTHME:

#### Symptômes:

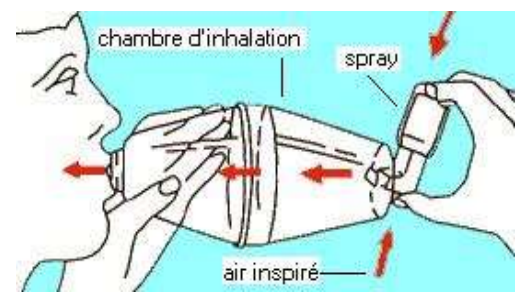
- toux sèche et/ou
- toux incessante et/ou
- respiration difficile et/ou
- sifflements et/ou
- pincement des narines et/ou
- changement de la couleur de la peau (blancheur, cyanose ...) et/ou
- gêne de parole

#### Que faire? → AGIR SANS TARDER

#### 1. Administration des médicaments suivants:

##### AIDER A RESPIRER:

- B2 mimétique courte durée d'action en chambre d'inhalation:  
**VENTOLIN -100 inhalateur: .... bouffées à répéter toutes les ..... minutes**



.....

.....

.....

#### 2. Si les signes s'aggravent ou ne disparaissent pas: **APPELER LE SAMU (112)**

#### 3. Informer les parents

Date: ..... Signature et cachet du médecin : .....