



PAI initial

PAI de suivi


Durée indéterminée

Validité pour /

PAI - Projet d'Accueil Individualisé CARDIOPATHIE

structurale

trouble de rythme

 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](https://www.adobe.com/fr/acrobat/reader).

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 :	<input type="text"/>
	Nom(s) de l'élève/enfant* :	<input type="text"/>
	Prénom(s) de l'élève/enfant* :	<input type="text"/>
	Numéro d'ident. national* : (date de naissance à défaut)	Cycle/Classe : <input type="text"/>
Etablissement scolaire/SEA* :	<input type="text"/>	
Localité de l'Etablissement* :	<input type="text"/>	
Nom(s) du/des représentant légal/parents* :	<input type="text"/>	
Adresse* :	<input type="text"/>	
Téléphone :	<input type="text"/>	
E-mail :	<input type="text"/>	

Nom(s) de l'élève* :

Numéro d'ident. national* :



PAI initial

PAI de suivi

Durée indéterminée

Validité pour

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 :

Signature :

transmis à :

à la date du :



PAI initial
 PAI de suivi
 Durée indéterminée
 Validité pour /

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

Nom(s) de l'élève* :

Numéro d'ident. national* :



PAI initial
 PAI de suivi
 Durée indéterminée
 Validité pour /

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, ou par mail au pai@ms.etat.lu) après avoir pris connaissance du PAI et signatures des personnes concernées.

Nom(s) de l'élève* :

Numéro d'ident. national* :



PAI initial
 PAI de suivi
 Durée indéterminée
 Validité pour /

5. PLAN D'ACTION EN URGENCE – CARDIOPATHIE

En CAS de CRISE CARDIOPATHIE :

Symptômes:

- respiration difficile surtout à l'effort et/ou
- douleur thoracique surtout à l'effort et/ou
- changement de la couleur de la peau (blancheur, cyanose ...) et/ou
- palpitations (battement de coeur anormal) aigues et prolongées et/ou
- vertiges et/ou
- malaise aigu à l'effort avec ou sans perte de connaissance

■ Que faire? Appel au SAMU 112!

■ Perte de connaissance => AGIR SANS TARDER



Appelle le 112

Alarmiere den 112

Dis ton nom, ton numéro de téléphone, précise le lieu et l'adresse ainsi que l'état de la victime devant toi. Alarmiere den 112. Sag deinen Namen, deine Telefonnummer, gib deinen genauen Standort an und beschreibe den Zustand des Opfers vor dir.



Masse le cœur

Massiere das Herz

Place les mains au milieu du thorax, les bras tendus enfonce le thorax de 5-6 cm, 120 pressions/minute, jusqu'à arrivée des secours. Massiere das Herz. Lege die gekreuzten Hände auf die Mitte des Brustkorbs und drücke das Brustbein 5-6 cm ein, 120 mal pro Minute, bis die Rettungskräfte eintreffen.



Débrille le cœur

Defibrilliere das Herz

Demande à un autre témoin de t'apporter, si disponible, un défibrillateur. Suis les instructions de l'appareil. Defibrilliere das Herz. Frag eine anwesende Person, falls möglich, dir einen Defibrillator zu bringen. Folge den gesprochenen Anweisungen des Apparates.

Fais une formation! Une heure suffit pour apprendre à sauver une vie. Mach einen Kurs. Nur eine Stunde reicht aus um zu wissen wie man Leben rettet.
www.reagis.lu



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

Informer les PARENTS

Signature

Lieu* :

Le* :

Cachet et signature
du médecin* :

Nom(s) de l'élève* :

Numéro d'ident. national* :



PAI initial
 PAI de suivi
 Durée indéterminée
 Validité pour /

6. Consignes

1. Trousse d'urgence

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

Contenu / Médicaments	Date de péremption
Localisation	
Etablissement scolaire <input type="checkbox"/>	
Foyer / Maison-relais <input type="checkbox"/>	
Autre <input type="checkbox"/>	

- 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. Conditions d'accueil :

Activité physique	Sorties
<input type="checkbox"/> aucune restriction	<input type="checkbox"/> aucune restriction
<input type="checkbox"/> limites propres de l'enfant à respecter, doit avoir à tout moment possibilité de s'arrêter s'il faut	<input type="checkbox"/> limites propres de l'enfant à respecter, doit avoir à tout moment possibilité de s'arrêter s'il faut
<input type="checkbox"/> pas de sport de contact	<input type="checkbox"/> restriction altitude
<input type="checkbox"/> pas de sport avec risque de chute de hauteur	<input type="checkbox"/> limitations dans les parcs d'attraction
<input type="checkbox"/> non autorisée	<input type="checkbox"/> autres :

3. Autres aménagements éventuels :

- anticoagulation orale porteur d'un stimulateur cardiaque

Signature

Lieu* :

Le* :

Cachet et signature
du médecin* :

Nom(s) de l'élève* :

Numéro d'ident. national* :