



PAI CARDIOPATHIE structurelle trouble de rythme

Projet d'Accueil Individualisé : PAI initial PAI de suivi

Validité pour/..... Durée Indéterminée

<i>Réservé à la Médecine Scolaire</i> CA	Nom(s) de l'élève:	Prénom(s):
	Matricule:	Cycle / classe:
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> PHOTO </div>	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			
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:
------------------	------------

CONSIGNES

1) Trousse d'urgence

Contenu	Copie du plan d'urgence	
	Médicaments:	Date de péremption
Localisation	Etablissement scolaire:	
	Maison relais/Foyer scolaire:	
	Autre:	
Remarques	Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence EN CAS D'APPEL 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

.....

.....

.....

Date: Signature et cachet du médecin :

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

PLAN D'ACTION EN URGENCE – CARDIAQUE

CAS de CRISE CARDIAQUE:

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 cœur anormal) aiguës 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**

réagis!

 <p>Appelle le 112 <small>Alarmiere den 112</small></p> <p><small>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.</small></p>	 <p>Masse le cœur <small>Massiere das Herz</small></p> <p><small>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. Lage die gekreuzten Hände auf die Mitte des Brustkorbs und drücke das Brustbein 5-6 cm ein, 120 mal pro Minute, bis die Rettungskräfte eintreffen.</small></p>	 <p>Défibrille le cœur <small>Defibrilliere das Herz</small></p> <p><small>Demande à un autre témoin de l'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.</small></p>
---	---	---

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




Informer les parents

Date: Signature et cachet du médecin :