




PAI initial
 PAI de suivi
 Durée indéterminée
 Validité pour /

PAI - Projet d'Accueil Individualisé DIABÈTE

 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 :

transmis à :

à la date du :

Signature :



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. SOINS PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE

Rempli par le médecin qui suit l'enfant avec les parents:

No.	L'élève doit toujours avoir dans ses affaires ces aliments de resucrage:	La famille s'engage à fournir le matériel nécessaire et en suffisance. Elle fournit régulièrement des réserves alimentaires convenues:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

6. BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE

En classe:

L'élève doit avoir la possibilité d'évaluer sa glycémie, de manger, boire ou d'aller aux toilettes s'il sent venir un trouble. Ne pas lui demander d'attendre la récréation. En raison du jeune âge de l'enfant, l'aide d'un adulte sera nécessaire pour effectuer les contrôles et administrer l'insuline.

Contrôle de la glycémie en classe ou autre foyer scolaire: oui non

Contrôle de la glycémie faite par:

A quel moment:

Dans quel lieu:

Conduite à tenir selon le résultat:

Glycémie inférieure à:

Glycémie supérieure à:

Soins à l'école:

L'élève doit recevoir de l'insuline sur le temps de présence à l'école: oui non

Mode d'administration: pompe injections

Si oui, **qui** administre l'insuline ou bolus si pompe:

A quelle **heure**: dans quel **lieu**:

Personne décidant de la dose:

*protocole valide par DECCP



PAI initial
 PAI de suivi
 Durée indéterminée
 Validité pour /

Autre Traitement:

Le repas:

Collation et/ou goûters, heures:

Personne qui calcule les glucides et comment:

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER	CONDUITE A TENIR
SIGNES MINEURS:	
L'enfant/adolescent dit j'ai faim, je suis en hypo	1. Faire un test de glycémie
Vertiges	2. Si valeur inférieure à mg/dl:
Fatigue	
Trouble de la vue (yeux qui brillent)	=> RESUCRAGE :
Pâleur	
Sueurs	3. Recontrôler glycémie 30 minutes après, si toujours inférieur à mg/dl:
Trouble de la parole	
Modification brutale de l'humeur : agressivité, ébriété, apathie + bouge beaucoup	=> resucrer à nouveau
SIGNES MAJEURS:	
Malaise avec impossibilité de resucrer l'enfant par voie orale	Injection Glucagon IM ou Baqsimi® intranasal, ou appeler le 112
Perte de connaissance/convulsions	

Toujours rester à côté de l'enfant ou de l'adolescent, appeler la famille ou le GSM:

*protocole validé par DECCP



PAI initial
 PAI de suivi
 Durée indéterminée
 Validité pour /

7. 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 (activités physiques, natation, sorties, etc ...) :

3. Autres aménagements éventuels :

Signature

Lieu* :

Le* :

Cachet et signature
du médecin* :

Nom(s) de l'élève* :

Numéro d'ident. national* :