



PAI DIABÈTE

Projet d'Accueil Individualisé : PAI initial

PAI de suivi

Validité pour/..... Durée Indéterminée

<i>Réservé à la Médecine Scolaire</i> DI	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 (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:
------------------	------------

SOINS PENDANT LE TEMPS SCOLAIRE

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

<p>L'élève doit toujours avoir dans ses affaires:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aliments de resucrage: - - - - - 	<p>La famille s'engage à fournir le matériel nécessaire et en suffisance. Elle fournit régulièrement des réserves alimentaires convenues:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - - -
--	---

BESOINS SPÉCIFIQUES DE L'ÉLÈVE

<p>En classe:</p> <p>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.</p>

➤ **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

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

➤ **Autre Traitement:**

.....

.....

➤ **Le repas:**

- Collation et/ou goûters, heures:

.....

.....

.....

- Personne qui calcule les glucides et comment:

.....

.....

.....

SIGNES CLINIQUES A SURVEILLER	CONDUITE A TENIR
<p style="text-align: center;"><u>SIGNES MINEURS :</u></p> <p>O L'enfant/adolescent dit j'ai faim, je suis en hypo</p> <p>O Vertiges</p> <p>O Fatigue</p> <p>O Trouble de la vue (yeux qui brillent)</p> <p>O Pâleur</p> <p>O Sueurs</p> <p>O Trouble de la parole</p> <p>O Modification brutale de l'humeur : agressivité, ébriété, apathie + bouge beaucoup</p>	<p>1. Faire un test de glycémie</p> <p>2. Si valeur inférieure à mg/dl</p> <p>➤ RESUCRAGE :</p> <p>3. Recontrôler glycémie 30 minutes après si toujours inférieur à mg/dl resucrer à nouveau</p>
<p style="text-align: center;"><u>SIGNES MAJEURS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Malaise avec impossibilité de resucrer l'enfant par voie orale • Perte de connaissance/convulsions 	<p>-Injection Glucagon en IM ou appeler le 112</p>

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

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:	
Personne(s) formée(s) à l'injection du glucagon		Tél:
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 (activités physiques, natation, sorties, etc ...) :

.....

.....

.....

.....

3) Autres aménagements éventuels:

.....

.....

Date: Signature et Cachet du médecin:

*protocole valide par DECCP