



PAI initial
 PAI de suivi
 Durée indéterminée

PAI - Projet d'Accueil Individualisé

EPILEPSIE **CONVULSIONS FÉBRILES**

 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/Products/acrobat-reader-software.html).

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 15, boulevard du Jazz, L-4370 Belvaux.

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

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

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

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) après avoir pris connaissance du PAI et signatures des personnes concernées.

Nom(s) de l'élève* :

Numéro d'ident. national* :



<input type="radio"/>	PAI initial
<input type="radio"/>	PAI de suivi
<input type="checkbox"/>	Durée indéterminée

5. PLAN D'ACTION EN URGENCE - EPILEPSIE - CONVULSIONS FÉBRILES

En CAS de CRISE d'EPILEPSIE :

Symptômes:

- Convulsions
- Perte de conscience
- Absence (perte de conscience passagère et isolée)
- Brefs automatismes moteurs

Que faire? Garder son calme: la plupart des crises se terminent toutes seules après quelques minutes !!

- éviter que l'enfant se blesse
- faciliter sa respiration en desserrant ses vêtements
- placer un coussin sous sa tête
- ne rien lui mettre dans sa bouche
- regarder sur la montre pour connaître la durée de la crise
- éloigner les autres enfants

Si la crise dure plus de minutes :

Traitement de la crise convulsive.

1.a. Administrer le/les médicament(s) suivant(s) :

Si la fièvre est supérieure à °C :

Traitement de la fièvre.

1.b. Administrer l'antipyrétique suivant :

Posologie :
Poids de l'enfant : (si nécessaire)

2. Appeler le SAMU (112) d'office

Appeler le SAMU (112)

- Si la crise dure plus de 5 minutes après l'administration du médicament
- Devant toute crise qui récidive
- Si l'élève s'est blessé durant la crise ou la crise est survenue à la piscine
- Si l'élève ne récupère pas normalement après la crise (somnolent, non réveillable)

En cas de doute, NE PAS HESITER A APPELER LE SAMU

3. 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

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	Natation	Sorties et Autres
<input type="checkbox"/> non autorisée	<input type="checkbox"/> non autorisée	<input type="checkbox"/> non autorisée
<input type="checkbox"/> surveillance rapprochée	<input type="checkbox"/> surveillance rapprochée ¹	<input type="checkbox"/> surveillance rapprochée
<input type="checkbox"/> aucune restriction nécessaire	<input type="checkbox"/> aucune restriction nécessaire	<input type="checkbox"/> aucune restriction nécessaire

1) une personne adulte pouvant observer l'élève au bord de la piscine, capable de sortir l'élève de l'eau ou d'appeler de l'aide rapidement; l'élève doit être bien visible (bonnet d'une couleur attrayante)

3. Autres aménagements éventuels :

Signature

Lieu* :

Le* :

Cachet et signature
du médecin* :

Nom(s) de l'élève* :

Numéro d'ident. national* :