



PAI EPILEPSIE

Projet d'Accueil Individualisé : PAI initial PAI de suivi

Validité pour/..... Durée Indéterminée

<i>Réservé à la Médecine Scolaire</i> EP	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:
------------------	------------

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

¹une 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:

.....

.....

Date: Signature et Cachet du médecin:

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

PLAN D'ACTION EN URGENCE – EPILEPSIE

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 :

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

-
-
-

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

Date: Signature et Cachet du médecin: