



PAI initial  
 PAI de suivi  
 Durée indéterminée  
 Validité pour  /

## PAI - Projet d'Accueil Individualisé HEMOPHILIE

 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](mailto: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 :

Signature :

transmis à :

à la date du :

Nom(s) de l'élève\* :

Numéro d'ident. national\* :



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



PAI initial  
 PAI de suivi  
 Durée indéterminée  
 Validité pour  /

## 5. Consignes

L'élève/enfant est atteint d'une hémophilie :

A  B

### 1. En cas de risque de saignement interne comme traumatisme crânien ou traumatisme abdominal:

- Contacter rapidement le **112 SAMU**, puis informer les parents.
- Mettre de la glace sur la zone du choc. Pour une bosse sur le crâne, comprimer avec la paume de la main fortement pendant 10 minutes et mettre de la glace.

### 2. En cas de traumatisme mineur pouvant entraîner un hématome (augmentation de volume du muscle) ou une hémarthrose (augmentation du volume de l'articulation):

- Comprimer avec la paume de la main pendant 10 minutes, mettre de la glace et prévenir les parents.

### 3. Pour une coupure ou une plaie cutanée superficielle:

- Désinfecter avec un produit sans alcool et comprimer avec une compresse stérile pendant 10 minutes et puis laisser un pansement de maintien et le laisser en place jusqu'à la prise en charge de l'enfant.

### 4. Pour une plaie importante nécessitant des points de suture:

- Exercer une pression locale avec une compresse sèche, téléphoner aux parents car tout geste chirurgical (points de suture) doit être précédé d'une injection de facteur antihémophilique.

### 5. Pour un saignement de nez:

- Faire asseoir l'enfant, le moucher, garder la tête en position normale et comprimer fortement avec tout le pouce pendant 10 minutes l'aile du nez et la narine. Avertir les parents si le saignement ne s'arrête pas au bout de 10 minutes.

### 6. pour les plaies de la bouche:

- Rincer la bouche de l'enfant avec de l'eau froide, comprimer avec une compresse sèche quelques minutes (10 minutes si possible), lui faire sucer des glaçons. Avertir les parents.

### ATTENTION:

Dans tous les cas, l'**USAGE** de l'**ASPIRINE** et des **ANTI INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS** (Ibuprofène, Diclofenac, etc ...) est **CONTRE INDIQUE**.

Contre la fièvre, le seul médicament autorisé est le paracétamol (Dafalgan, etc...).

Si les saignements persistent plus de 10 minutes ou se répètent, téléphoner aux parents.

## Signature

Lieu\* :

Le\* :

Cachet et signature  
du médecin\*:

Nom(s) de l'élève\* :

Numéro d'ident. national\* :