



**PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**

**POUR L’ASTHME**

Accueil en collectivité des enfants atteints de troubles de la santé évoluant

sur une longue période - Circulaire n°2003-135 du 8.09.2003

|  |  |
| --- | --- |
| **ELEVE CONCERNE**  | **ANNEE SCOLAIRE : 2020/ 2021** |
| Nom :…………………………………………………….Prénom : ………………………..….Date de Naissance : ……………………………..Etablissement Scolaire : ……………………………………..Classe : ………………….Restauration Scolaire : Oui / Non Accueil Périscolaire : Oui / Non |

**PARTIES PRENANTES**

**Coordonnées des responsables légaux**

A tout moment les parents doivent être joignables.

**En aucun cas les téléphones mobiles ne peuvent être coupés pendant le temps scolaire.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom - Prénom | Téléphone |
|  Parent : | Domicile :GSM :Professionnel : |
|  Parent : | Domicile :GSM :Professionnel : |
|  Tierce personne (en cas d’absence des parents) :  | Domicile :GSM :Professionnel : |

Directeur d’école ou Chef d’établissement :……………………………………...……………………

Enseignant ou Personnel de vie Scolaire :………………………………………………………….....

Médecin Scolaire : ……………………………………………………………………………………….

Infirmière Scolaire : ………………………………………………………………………………………

Médecin Traitant :…………………………………………………………………………………………

Médecin spécialiste :……………………………………………………………………………………..

Clinique :……….………………………………………………………………………………………….

Elève Nom-Prénom :

**PROTOCOLE D’URGENCE**

Protocole **rédigé et signé par le médecin** ( Mettre un exemplaire dans la trousse d’urgence)

|  |
| --- |
| **COMPOSITION DE LA TROUSSE D’URGENCE \_ LOCALISATION :…………………………….** |
|  |

|  |
| --- |
| **CONDUITE A TENIR EN CAS DE CRISE** |
| **SYMPTOMES** | **CONDUITE A TENIR ET/OU TRAITEMENT ET POSOLOGIE** |
| Signes d’appel :* Toux sèche et répétée
* Gêne respiratoire
* Essoufflement
* Irritation de la gorge
* Oppression thoracique
* Sifflements audibles
 | Mettre l’élève assis et au calmeDonner le traitement :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Si les signes persistent après ………minutes, renouveler le traitement…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Si pas d’amélioration ou aggravation | Appeler la familleAppeler le Service d’urgenceRester près de l’élève |
| Signes de gravité :* Angoisse
* Difficultés pour parler
* Sueurs
* Agitation
* Pâleur
* Lèvres bleues (cyanose)
* Epuisement
* Somnolence
* Pincement des narines
 | Protocole détaillé :…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Nom et qualité des personnes habilitées à prodiguer les soins de l’urgence si sortie scolaire :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom** | **Qualité et année scolaire** |
|  |  |
|  |  |

Date :

Signature et cachet du médecin Signature et cachet du Médecin Scolaire

Elève Nom-Prénom :

**AMENAGEMENTS A METTRE EN ŒUVRE**

|  |
| --- |
| **MODALITES D’ADMINISTRATION DU FLACON AEROSOL** |
|  |
| EN SPRAY |
| * Agiter le flacon aérosol de ……………………..
* Introduire l’embout dans la bouche
* Expirer longuement
* Commencer une inspiration lente et profonde par la bouche en appuyant sur l’aérosol tout en continuant d’inspirer conformément à la notice
* Retenir la respiration pendant 10 secondes
* Expirer longuement
* Recommencer aussitôt avec la seconde bouffée de produit
* Ne pas oublier d’emporter le traitement en cas d’activité sportive ou extra-scolaire
 |
| AVEC UNE CHAMBRE D’INHALATION (Type Baby Haler) |
| * Secouer le flacon aérosol
* L’emboucher à la chambre d’inhalation
* Y pulvériser les doses ordonnées
* L’enfant respire dans la chambre d’inhalation – compter jusqu’à 10 ou 20 selon la prescription.

Bien vérifier que les clapets sont mobilisés par la respiration de l’enfant. |

Elève Nom-Prénom :

|  |
| --- |
| **Date : SIGNATAIRES** (nom-signature) |
| Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

**RECONDUCTION DU PROJET D’ACCUEIL INDIVIDUALISE**

* Ce document nécessite un renouvellement chaque année scolaire à la demande des parents.
* Si aucune modification dans le traitement ou le protocole n’est intervenue, le présent projet d’accueil individualisé est reconduit à l’identique.
* Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte de la date de péremption.

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

|  |
| --- |
| **Année scolaire : …………………………………………Reconduit-le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

Elève Nom-Prénom :

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |

|  |
| --- |
| **Année scolaire : Reconduit le :** |
| SIGNATAIRES | Parents ou responsables légaux (nom et signature obligatoire) | Directeur d’école ou Chef d’établissement (nom et signature obligatoire) | Enseignants |
| Médecin (cachet et signature) | Médecin Scolaire (cachet et signature) | Autres intervenants |