



**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 calme  Donner le traitement :  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Si les signes persistent après ………minutes, renouveler le traitement  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Si pas d’amélioration ou aggravation | Appeler la famille  Appeler le Service d’urgence  Rester 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 |