

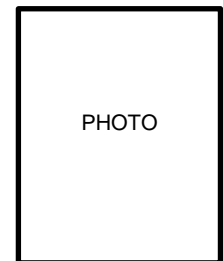


VILLE DE GRENOBLE

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) : PROTOCOLE ASTHME

(Circulaire n°2003-135 du 08.09.2003)

ANNEE SCOLAIRE 20__ / 20__



Elève Concerné : Date de naissance :
Ecole : Classe :
Adresse des parents :

COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX A CONTACTER (A remettre à jour chaque année)

Parent 1 : Nom/Prénom : Parent 2 : Nom/Prénom :
Tel personnel : Tel personnel :
Tel travail : Tel travail :
@ E-mail : @ E-mail :

Protocole à signer au verso par le / les responsable(s) légal (légaux)

PROTOCOLE A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Signes de l'enfant en cas de crise

Toux quinteuse []
Sifflements [] Utilisation d'une chambre d'inhalation []
Gêne respiratoire []
Gêne respiratoire à l'effort []
Signes propres à l'enfant :

Conduite à tenir en cas de crise d'Asthme :

- => Assoir l'enfant au calme et le rassurer, noter l'heure.
=> Donner bouffées de Salbutamol (VENTOLINE, AIROMIR...)
à répéter si besoin au bout de 15 min.
=> Si pas d'amélioration de la crise : appeler le 15 et poursuivre la prise de bouffées de Salbutamol (VENTOLINE, AIROMIR...) toutes les 15 min en attendant l'arrivée des secours.
=> Traitement complémentaire le cas échéant (corticoïdes par exemple) :
.....
=> Avertir la famille.

Cas particulier : Si l'enfant ne peut plus parler, il s'agit d'une urgence : CONTACTER LE 15 au moment de la première prise de bouffées de Salbutamol (VENTOLINE, AIROMIR...), puis continuer la prise de bouffées toutes les 15 minutes en attendant l'arrivée des secours.

Asthme grave : Oui [] Non []

Asthme d'effort : Oui [] Non []

Si oui, prendre bouffées de Salbutamol (VENTOLINE, AIROMIR...) minutes avant l'effort.

Date Nom et signature du médecin prescripteur

La famille fournit le traitement (avec si nécessaire la chambre d'inhalation) et s'assure de la validité des médicaments durant toute l'année scolaire.

TSVP



Nom :
(de l'élève)


Prénom :

Pour le temps périscolaire du soir, le PAI est applicable uniquement sur le lieu de l'école.

En signant le présent document, j'ai bien noté que celui-ci sera transmis à la Direction Education Jeunesse pour application du PAI sur les temps périscolaires.

Restaurant scolaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Périscolaire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Date et signature des représentants légaux		
Date et Signature directeur		
Date et Signature enseignant		
Date et Signature DEJ		
OBSERVATIONS		

Attention : la trousse PAI doit être accessible pour le temps scolaire comme le temps périscolaire, sinon, il faudra deux jeux de médicaments.

 Localisation de la trousse PAI (médicaments)	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

LE(S) MEDICAMENT(S) DOIT(VENT) ETRE EMPORTE(S) AVEC LE PAI LORS DES DEPLACEMENTS SCOLAIRES