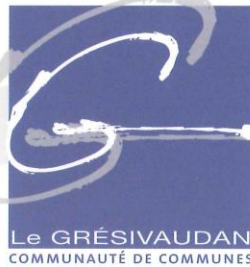


**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
(P.A.I.)**

ASTHME



Photo

ANNEE 20__

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Enfant concerné

Nom – Prénom : _____ Date de naissance : ___ / ___ / 20__

Adresse du domicile de l'enfant : _____

Etablissement fréquenté par l'enfant : _____

Parties prenantes

➔ Coordonnées des responsables légaux de l'enfant

Nom – Prénom	Adresse (si différente de l'enfant)	Téléphone
<input type="checkbox"/> Mère :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail
<input type="checkbox"/> Père :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail

➔ Responsable de l'établissement : _____

➔ Médecin de crèche : _____ ☎ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

➔ Médecin traitant : _____ ☎ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

➔ Médecin spécialiste ou Service spécialisé : _____ ☎ ___ / ___ / ___ / ___ / ___

Référents à contacter en cas d'urgence

Parents ou responsables légaux

SAMU 15

Médecin traitant ou service spécialisé

Autre : _____

_____ ☎ ___ / ___ / ___ / ___ / ___



Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

Aménagements à mettre en oeuvre

Localisation de la trousse d'urgence

Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence.
Elle doit comporter l'ordonnance détaillée pour les soins.

L'adrénaline auto-injectable peut être conservée à température ambiante inférieure à 25°C pendant 18 mois.
Toutefois, lors des sorties de l'établissement en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme.

La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.

Modalité d'administration du flacon aérosol

➔ En Spray

- Agiter le flacon aérosol
- 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 normalement
- Recommencer aussitôt avec la seconde bouffée de produit

➔ Avec une chambre d'inhalation (type *Baby Haler*)

- Secouer le flacon aérosol
- L'emboucher à la chambre d'inhalation
- Puis 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.

Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

Signataires

Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :
Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :

Reconduction du Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)

- ➔ Ce document nécessite **un renouvellement chaque début d'année** (le PAI est valable sur l'année civile du 1er janvier au 31 décembre) **à la demande des parents.**
- ➔ Si aucune modification dans le traitement ou protocole n'est intervenue, le présent Projet d'Accueil Individualisé est reconduit à l'identique.
- ➔ Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance médicale en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte des dates de péremption.

Année 20 ____		P.A.I. reconduit le ____ - ____ - 20 ____	
Signataires	Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :	
	Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :	

Année 20 ____		P.A.I. reconduit le ____ - ____ - 20 ____	
Signataires	Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :	
	Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :	