

Le Projet d'Accueil Individualisé (PAI)

Etabli en date du :

ENFANT CONCERNE :

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de naissance :	

RESPONSABLES LEGAUX :

	Monsieur	Madame
Nom/ Prénom :		
N° de téléphone domicile :		
N° de téléphone travail :		
N° de téléphone portable :		

Signatures :

AUTRES PERSONNES A PREVENIR RAPIDEMENT EN CAS DE TROUBLE :

	Monsieur	Madame
Nom/ Prénom :		
N° de téléphone domicile :		
N° de téléphone travail :		
N° de téléphone portable :		

Ce document s'appuie sur la Circulaire du projet d'accueil n°2003-135 du 18/09/2003 (bulletin officiel n°34 du 8/09/2003). "Il est important d'adapter le projet d'accueil individualisé à chaque pathologie et chaque cas individuel et de n'inclure que ce qui est indispensable à l'enfant concerné. Il convient de l'actualiser chaque année. Afin de respecter le code de déontologie aucun diagnostic médical ne

peut apparaître sur ce document. Avec l'accord de la famille, toutes informations pouvant être utiles à la prise en charge de l'enfant seront jointes au projet. Les informations qui relèvent du secret médical seront placées sous pli cacheté et adressées avec l'accord des parents au médecin désigné par la collectivité qui accueille l'enfant.

Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seuls les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

Ce document est avant tout une démarche d'accueil résultant d'une réflexion commune des différents intervenants : des parents, de l'équipe, du médecin de la structure, médecin traitant, de l'infirmière Référent santé et du spécialiste qui suivent l'enfant et ce, dans l'intérêt d'un accueil cohérent de l'enfant.

Le projet d'accueil individualisé définit les adaptations apportées à la vie de l'enfant, au sein de la structure. La présentation d'un certificat médical valide est obligatoire.

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer la direction de l'établissement, en cas de changement de prescription médicale.

ETABLISSEMENT :

Adresse :

Téléphone :

Référent :	Nom / Prénom	Signature :
Responsable de l'établissement :		
Médecin référent de la structure :		
Médecin traitant ou spécialiste :		
Référent Santé :		
Infirmière de l'établissement :		

ETABLISSEMENT HOSPITALIER

Nom du médecin :
Nom du service :
N° de téléphone :
Autres renseignements :

AUTRES : PEDOPSYCHIATRE, PSYCHOLOGUE, ALLERGOLOGUE, CAMPS, KINESITHEAPEUTE...

Nom/ Prénom :
Adresse :
Téléphone :

Nom/ Prénom :
Adresse :
Téléphone :

 **REGIMES ALIMENTAIRES ET INTOLERANCES (JOINDRE L'ORDONNANCE)**

.....

- panier repas fournis par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)
- gouter et/ou collation fournis par la famille
- vaisselle fournis par la famille

 **PRISE EN CHARGE PARTICULIERE :**


- Habillage / change
- Repas.....
- Sommeil.....
- Eveil.....
- Autre :

Matériel et/ ou aménagement nécessaire :

.....
.....

 **ALLERGIES :**

.....
.....

 **TRAITEMENT MEDICAL** (*Doit être joint à ce document une ordonnance de mois de 3 mois renouvelable pour 1 an*)

.....
.....

Si le PAI concerne une prise en charge de crise d'asthme, veuillez remplir le document explicatif ci-joint (annexe 1)

 **PROTOCOLE TYPE D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE :**

	Signes cliniques à surveiller	Conduite à tenir : <i>Description précise des gestes à accomplir</i>
Signes cliniques mineurs		
Signes cliniques majeurs		

 **TROUSSE D'URGENCE :**

Lieu de stockage :

(Mise en œuvre d'un traitement d'urgence par des personnes non soignantes)

Nom du médicament	Posologie	Voie d'administration

Contenu de la trousse d'urgence :

- PAI
- Ordonnance (*ordonnance de mois de 3 mois renouvelable pour 1 an*)
- Traitements nominatifs
- Pli confidentiel à l'attention des secours (le cas échéants)

 PRISE EN CHARGE COMPLEMENTAIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE

Horaires adaptés :

.....
.....

Personnelles nécessaire et/ou spécifique :

.....
.....

PERSONNES AUTORISEE A ADMINISTRER CE TRAITEMENT :

Toutes les personnes formées voir émargement ci-joint.

annexe 1 :

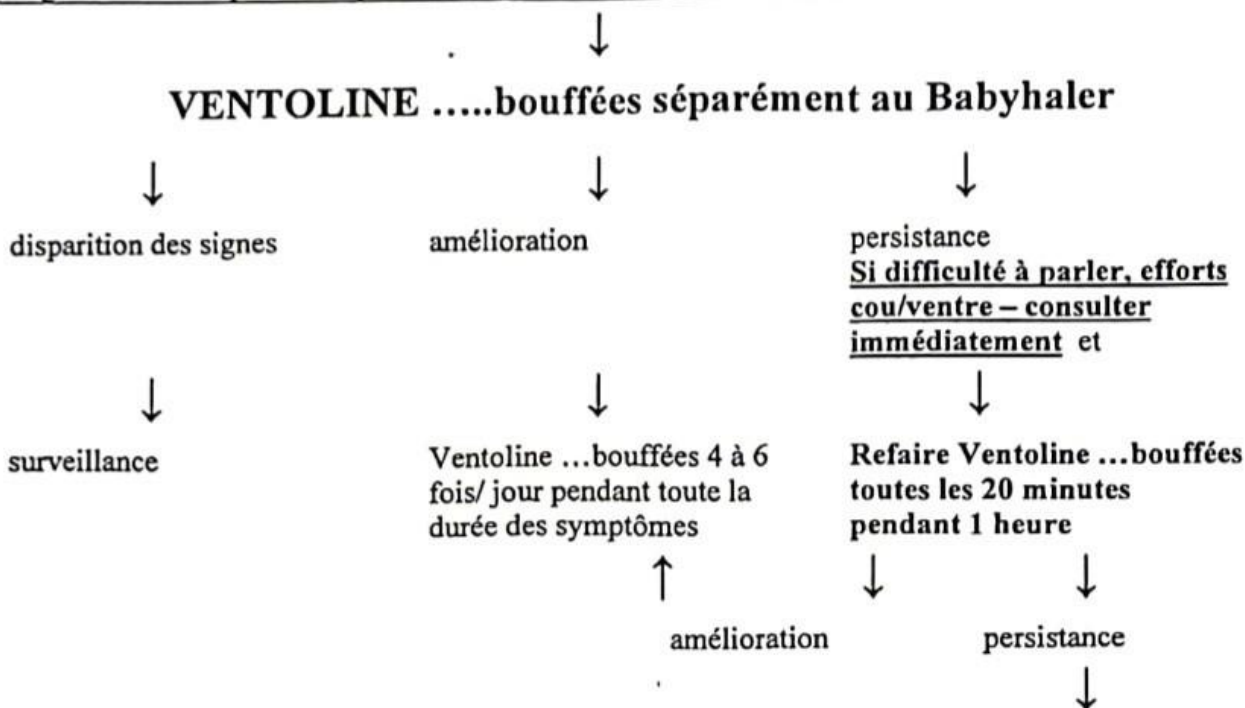
PLAN D'ACTION EN CAS DE CRISE D'ASTME

Etabli le :

Pour (Nom, prénom, poids) :

Traitement de fond :

En cas de crise d'asthme légère : toux, toux à l'effort, respiration sifflante, gêne respiratoire, augmentation fréquence respiratoire, signes de lutte.....



Donner les corticoïdes par voie orale :

En cas d'absence d'amélioration 1h après les corticoïdes, consulter en urgence un médecin

En cas de crise d'asthme sévère : essoufflement pour parler, panique, agitation....

↓
Consulter rapidement un médecin ou allo SAMU 15
En attendant, donner le traitement de la crise

Nom:
Signature du médecin :