**Direction Santé Publique et Environnementale**

**Service municipal de santé scolaire**

**PROTOCOLE ASTHME standardise - PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI) 2016/2017**

Accueil d'enfants et d'adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue durée (Circulaire n°2003-135 du 08.09.2003)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ELEVE CONCERNE :** Date de naissance :  Adresse des parents :  Ecole : Classe :  **Restaurant scolaire :** OUI  NON  **Péri scolaire :** OUI  NON  **Pour le temps périscolaire du soir, le PAI est applicable uniquement sur le lieu de l’école.** | | |
| COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX A CONTACTER | | |
| PERE : Nom/Prénom MERE : Nom/Prénom | | |
| **🕾** DOMICILE : **🕾** DOMICILE : | | |
| **🕾** TRAVAIL : **🕾** TRAVAIL : | | |
| E-mail : E-mail :  Je soussigné(e) Nom/Prénom ……………………………………………. autorise que ce document soit transmis à la Direction Education Jeunesse pour application du PAI sur les temps périscolaires. OUI  NON  **Protocole à signer en bas de page 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 de l’enfant :  Conduite à tenir :  =► donner 3 bouffées de salbutamol (ou équivalent à inscrire ci-après)  à répéter si besoin au bout de 15 min.  =► si pas d’amélioration de la crise : appeler le 15 et poursuivre la prise de 3 bouffées de salbutamol (ou équivalent à inscrire ci-après) toutes les 15 minutes en attendant l’arrivée des secours.  =► 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 3 bouffées de salbutamol (ou équivalent comme indiqué ci-dessus), puis continuer la prise de 3 bouffées toutes les 15 minutes en attendant l’arrivée des secours.  **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.  **LIEU(X) OU SE TROUVE(ENT) LE(S) MEDICAMENT(S) ACCESSIBLES SUR LES TEMPS SCOLAIRES**  **ET PERI SCOLAIRES (à compléter par le Directeur (trice) de l'école) :**    LE(S) MEDICAMENT(S) DOIT(VENT) ETRE EMPORTE(S) AVEC LE PAI LORS DES DEPLACEMENTS SCOLAIRES. | | |
| **SIGNATAIRES FAIT À GRENOBLE, LE** | | |
| **PARENTS** Nom/prénom | DIRECTEUR D'ECOLE | MEDECIN SCOLAIRE Nom/prénom |
| CHEF DE SERVICE EDUCATION JEUNESSE | ENSEIGNANTS | AUTRE |

Le médecin rappellera aux participants l'obligation absolue du secret professionnEL