

Photo enfant

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE

POUR LE TEMPS PLACE SOUS LA RESPONSABILITE DE L'EDUCATION NATIONALE
circulaire projet d'accueil n°2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n°34 du 18/09/2003)
circulaire restauration scolaire n°2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n°9 du 28/06)
décret n° 2015-447 du 17 avril 2015 relatif à l'information des consommateurs sur les
allergènes et les denrées alimentaires non préemballées

Une réaction allergique !
Vite je réagis !

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Établissement :

Scolarisé(e) en :

Année scolaire :

Je soussigné, _____ représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur

J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil et qu'ils distribuent les médicaments de la trousse d'urgence selon le protocole de soins ci-joint.

Signature du représentant légal :

PERSONNES A CONTACTER EN CAS DE REACTION (téléphone)

- Samu : 15 ou 112 (téléphone portable)
- Domicile des parents :
 - Père : portable travail :
 - Mère : portable travail :
 - Autre personne :
 - portable : travail :
- Médecin traitant (allergologue,....) :

La trousse d'urgence doit toujours être accessible avec un double de ce document, et suivre l'enfant en cas de déplacement scolaire

Endroit où se trouve la trousse d'urgence :

Besoins spécifiques de l'élève :

.....

.....

➤ **En cas de changement d'enseignant, lui faire suivre l'information de façon prioritaire**

➤ **Les parents doivent vérifier la date de péremption des médicaments et les renouveler dès qu'ils sont périmés.**

EPIPEN



Enlever le capuchon bleu



Placer l'extrémité orange du stylo sur la face extérieure de la cuisse



Appuyer fermement la pointe orange dans la cuisse jusqu'à entendre un clic et maintenir appuyé pendant 10 sec



Puis masser la zone d'injection

JEXT



Enlever le capuchon jaune



Placer l'extrémité noire du stylo sur la face extérieure de la cuisse



Appuyer fermement jusqu'à entendre un clic en tenant la cuisse et maintenir appuyé pendant 10 sec



Puis masser la zone d'injection

ANAPEN

Code: 34-009



Enlever le capuchon noir protecteur de l'aiguille



Retirer le bouchon noir protecteur

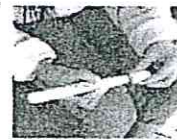


Appuyer fermement le stylo sur la face extérieure de la cuisse



Puis appuyer sur le bouchon rouge de déclenchement et maintenir appuyé pendant 10 sec. Puis masser la zone d'injection

EMERADE



Enlever le capuchon protecteur de l'aiguille



Placer et appuyer le stylo contre la face externe de la cuisse. Maintenir le stylo contre la cuisse pendant environ 5 secondes



Masser légèrement le site d'injection

Date :

Signatures :

Médecin de l'éducation nationale ou de l'institution	Parents
Responsable de l'établissement	Responsable de la restauration

UNE RÉACTION PENDANT OU JUSTE APRÈS AVOIR MANGÉ

J'ÉVALUE IMMÉDIATEMENT LA GRAVITÉ DE LA RÉACTION

RÉACTION GRAVE ?

- Ma voix change
- Je respire mal, je siffle
 - Je tousse
- J'ai très mal au ventre
 - Et je vomis
- Mes mains, mes pieds et ma tête me démangent
 - Je me sens bizarre
 - Je fais un malaise
 - Autres signes :

ATTENTION !

Cela peut être grave et encore plus si plusieurs de ces signes sont associés

LES BONS RÉFLEXES

1. Allonger l'enfant
2. **INJECTER** dans la face antéro-externe de la cuisse
3. **PUIS APPELER LE SAMU (15, 112)**
4. si gêne respiratoire, mettre en position 1/2 assise et inhaler bouffées de /prise selon la gêne (en chambre d'inhalation) qui peuvent être renouvelées toutes les minutes
4. En attendant les secours, si les symptômes persistent, une 2^{ème} injection de peut être réalisée après 5 minutes ou plus
5. des corticoïdes peuvent être donnés.....

RÉACTION LÉGÈRE ?

- Ma bouche pique ou gratte
 - Mon nez coule
 - Mes yeux piquent
 - Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges qui grattent
 - J'ai un peu mal au ventre
 - Et j'ai envie de vomir
 - Autres signes :

**MAIS JE PARLE
et RESPIRE BIEN**

LES BONS RÉFLEXES

- 1 Antihistaminique :
- 2 Corticoïdes :
- 3-Surveiller l'enfant jusqu'à disparition des symptômes
- 4-Prévenir les parents
- 5-Prévoir une consultation médicale

EN L'ABSENCE D'AMÉLIORATION

Évaluer de nouveau la gravité de la réaction

PROTOCOLE D'URGENCE A REMPLIR PAR L'ALLERGOLOGUE

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Poids :

Allergies à :

Préciser les spécificités de l'enfant (*gravité antérieure, réaction sur traces ou en inhalation, asthme...*) et si facteurs aggravants (*chaud, froid, effort, cause inconnue...*)

Trousse d'urgence

- Adrénaline :
- Bronchodilatateur :
- Corticoïde :
- Antihistaminique :
- Chambre d'inhalation :

Restauration scolaire et goûters

- Non autorisés
- Paniers repas et goûter famille
- Repas garanti sans allergène par la restauration et goûter famille
- Menus habituels et goûters avec éviction gérée par l'enfant
- Autres aménagements :

-
- Activités (*arts plastiques, cuisine ...*) :

Ne pas manipuler :

- Voyages scolaires (*bus...*) :
- EPS/effort physique :

Signature et cachet de l'allergologue :

Date :