

SANTÉ SCOLAIRE

Cachet de l'établissement scolaire

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) DANS LES ÉTABLISSEMENTS SCOLAIRES

Circulaire n°2003-135 du 8-9-2003 : « ACCUEIL EN COLLECTIVITÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ATTEINTS DE TROUBLES DE LA SANTÉ ÉVOLUANT SUR UNE LONGUE PÉRIODE » NOR : MENE0300417C, RLR : 501-5 ; 960-0.

URGENCE NEUROLOGIQUE

ELEVE	RESPONSABLES LEGAUX	Mme ☐ / M. ☐	Mme ☐ / M. ☐
NOM et prénom :	NOM et prénom	.....	.....
Date naissance :	Adresse	.....	.....
Etablissement / Ecole :	☎ domicile	.....	.....
.....	☎ professionnel ou ①	.....	.....
Classe :	Adresse électronique	.....	.....

SIGNES D'APPEL – SYMPTÔMES VISIBLES

- EN CAS DE CRISE GÉNÉRALISÉE : Perte de connaissance brutale avec chute et mouvements convulsifs des membres, révulsion oculaire, morsure de langue, possible émission d'urines, hyper salivation... crise suivie par une phase post critique de somnolence.
- EN CAS DE CRISE PARTIELLE : clignement des paupières, mouvements de bouche, mouvements involontaires /secousses brutales d'une partie du corps, désorientation et propos incohérents...
- EN CAS D'ABSENCE : perte de contact, regard vague puis l'enfant reprend ses activités.

MESURES A PRENDRE

⇒ **NOTER l'heure de début et fin de crise ainsi que les manifestations** ;
 DEGAGER l'espace autour de la personne afin qu'elle ne se blesse pas ;
 PROTÉGER la tête (placer un coussin ou un vêtement replié sous la tête) ;
 DESSERRER les vêtements, le col, ceinture ; ENLEVER les lunettes ;
 METTRE l'enfant en **PLS : Position Latérale de Sécurité**, dès que possible et rester auprès lui jusqu'à fin crise ;
 ⇒ **APPELER le 15 (ou le 112 à l'étranger) et la famille de l'élève**
 Ne rien mettre dans la bouche ; Ne pas donner à boire tant qu'il n'est pas complètement réveillé ;
 Ne pas déplacer l'enfant **SAUF si danger immédiat** ; après la crise, le laisser au repos

EN CAS DE CRISE, SUIVRE LA PRESCRIPTION DU MÉDECIN QUI SUIT L'ENFANT

- Fournir l'ordonnance du médecin prescripteur qui précisera la posologie et le rythme des prises : Si la crise avec mouvements cloniques dure plus de minutes ⇒ **Administrer (rayer mention inutile) ⚡** :

BUCCOLAM : posologie : lentement entre gencive et joue avec seringue (sans aiguille)	OU	VALIUM : posologie :intra-rectal avec canule adaptée (sans aiguille)
---	----	---

⚡ **Prévenir les parents**
Si persistance des signes ou aggravation ⇒ appel du 15 (ou le 112 à l'étranger)

ADAPTATION AU SPORT

- Inaptitude partielle (*fournir le certificat médical d'inaptitude*) :
- Aménagements spécifiques : pas de sport en hauteur. Pour la piscine : **surveillance ++**, à côté d'un adulte et prévenir le maître nageur,

ANNEXE 3 : PAI urgence neurologique

LES CRISES FAVORISEES PAR L'HYPERTHERMIE

- Certaines crises peuvent être favorisées par la fièvre, dans ce cas et uniquement suivant les recommandations et la prescription du médecin de l'enfant :
- Surveillance de la température ; en fonction du seuil défini par le médecin de l'enfant : mesures physiques de prévention : mise au repos dans un endroit aéré à température ambiante, découvrir l'enfant si nécessaire, toujours sous surveillance de l'adulte, et appel de la famille
- Distribution de médicaments antipyrétiques uniquement suivant les recommandations et la prescription du médecin de l'enfant

⇒Lieu de rangement des médicaments

⇒Traitement à emporter en cas d'activité extra-scolaire.

Date : et signatures

Le directeur Le chef d'établissement	La famille ou le représentant légal	Le médecin qui suit l'enfant	La collectivité territoriale	Autre	Autre

DEMANDE D'APPLICATION D'UN TRAITEMENT MEDICAL OU D'AUTOMEDICATION EN MILIEU SCOLAIRE

Etablissement :
.....
.....

Nom du Directeur d'école
ou du Chef d'établissement
.....

Nom et Prénom de l'élève :
.....

Classe :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant ci-dessus désigné,

- ☐* autorise les personnels de l'Education nationale et de la collectivité territoriale à appliquer à mon enfant le traitement médical décrit précisément sur l'ordonnance ci-jointe (à joindre au dossier).
- ☐* certifie que mon enfant doit prendre des médicaments dont la nature et la fréquence d'utilisation sont gérées par lui-même.

(* cocher la case correspondante)

Fait à le
Signature du responsable légal,

à
le

Avis favorable

Le Directeur d'école,
Le Chef d'établissement
(cachet)

Maj. Avril 2020