

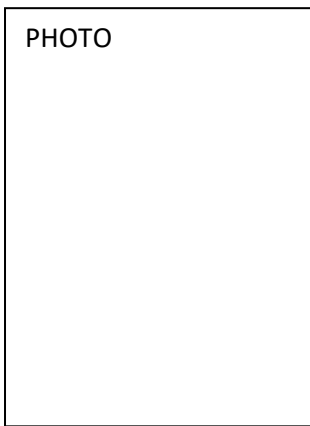


PAI CARDIOPATHIE structurelle trouble de rythme

Projet d'Accueil Individualisé

Date:

PAI initial PAI de suivi PAI valable jusqu'au:.....



Nom(s) de l'élève:	Prénom(s):
Matricule:	Cycle/classe:
Etablissement scolaire/SEA:	Adresse: Commune:
Nom(s) représentant légal/parents:	Adresse:
1.	1.
2.	2.
Téléphone Maison: Bureau: GSM:	E-mail:

Délégation de soins :

Je soussigné,
Représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé / PAI à partir de la prescription médicale et du protocole d'intervention d'urgence du Dr
J'autorise que ce document soit porté à la connaissance et appliqué par les personnels en charge de mon enfant : école, équipe de santé scolaire, foyer scolaire, maison relais, SePAS.

Il est de ma responsabilité de:

- vérifier la date de péremption des médicaments
- de les renouveler dès qu'ils sont périmés
- en cas de changement de prescription médicale, d'informer les personnes en charge de l'enfant et l'équipe de santé scolaire

Date et signature du représentant légal:

➤ Médecin prescripteur du PAI:

Nom:

Signature: date:

➤ Médecin Division Médecine Scolaire:

Nom:

Signature:

PAI reçu le: transmis à: date:

PERSONNEL ENCADRANT

	Nom	Fonction	Téléphone
Equipe de Santé scolaire			
1.			
2.			
Enseignants responsables			
1.			
2.			
Encadrants Maison relais/Foyer scolaire			
1.			
2.			
SePAS			
1.			
2.			
Autres			
1.			
2.			

MEDECINS EN CHARGE DE L'ENFANT

	Nom	Adresse	Téléphone
Médecin de Famille			
Spécialistes			
1.			
2.			
3.			

INFORMATIONS PAI / REUNION DE CONCERTATION		Date:
Nom de l'enfant:		Matricule:
Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI		
Nom(s)	Fonction	Signature
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Remarque: Veuillez remettre une copie du présent PAI aux personnes encadrantes:

1.
2.
3.
4.

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

CONSIGNES

1) Trousse d'urgence

Contenu	Copie du plan d'urgence	
	Médicaments:	Date de péremption
Localisation	Etablissement scolaire:	
	Maison relais/Foyer scolaire:	
	Autre:	
Remarques	Mettre une copie de ce document dans la trousse d'urgence EN CAS D'APPEL SAMU L'INFORMER DE CE DOCUMENT INFORMER LES PARENTS LA TROUSSE D'URGENCE DOIT SUIVRE L'ENFANT DANS TOUS LES DEPLACEMENTS HORS DE L'ETABLISSEMENT	

2) Conditions d'accueil

Activité physique	Sorties	Autres
<input type="checkbox"/> aucune restriction	<input type="checkbox"/> aucune restriction	<input type="checkbox"/> aucune restriction
<input type="checkbox"/> limites propres de l'enfant à respecter, doit avoir à tout moment possibilité de s'arrêter s'il faut	<input type="checkbox"/> restriction altitude	<input type="checkbox"/> autres (préciser)
<input type="checkbox"/> pas de sport de contact	<input type="checkbox"/> limitations dans les parc d'attraction	
<input type="checkbox"/> pas de sport avec risque de chute d'hauteur	<input type="checkbox"/> autres (préciser)	
<input type="checkbox"/> non autorisée		

3) Autres aménagements éventuels:

Anticoagulation orale porteur d'un stimulateur cardiaque

.....

.....

.....

Date: Signature et cachet du médecin :

Nom de l'enfant:	Matricule:
------------------	------------

PLAN D'ACTION EN URGENCE – CARDIAQUE

En CAS de CRISE CARDIAQUE:

Symptômes:

- respiration difficile surtout à l'effort et/ou
- douleur thoracique surtout à l'effort et/ou
- changement de la couleur de la peau (blancheur, cyanose ...) et/ou
- palpitations aigu et prolongé et/ou
- vertiges et/ou
- malaise aigu ou à l'effort avec ou sans perte de connaissance

- **Que faire? Appel au SAMU 112**
- **Perte de connaissance → AGIR SANS TARDER**



 <p>Appelle le 112 <small>Alarmiere den 112</small></p> <p>Dis ton nom, ton numéro de téléphone, précise le lieu et l'adresse ainsi que l'état de la victime devant toi. Alarmiere den 112. Sag deinen Namen, deine Telefonnummer, gib deinen genauen Standort an und beschreibe den Zustand des Opfers vor dir.</p>	 <p>Masse le cœur <small>Massiere das Herz</small></p> <p>Place les mains au milieu du thorax, les bras tendus enfonce le thorax de 5-6 cm, 120 pressions/minute, jusqu'à arrivée des secours. Massiere das Herz. Legs die gekreuzten Hände auf die Mitte des Brustkorbs und drücke das Brustbein 5-6 cm ein, 120 mal pro Minute, bis die Rettungskräfte eintreffen.</p>	 <p>Débrille le cœur <small>Defibrilliere das Herz</small></p> <p>Demande à un autre témoin de l'apporter, si disponible, un défibrillateur. Suis les instructions de l'appareil. Defibrilliere das Herz. Frag eine anwesende Person, falls möglich, dir einen Defibrillator zu bringen. Folge den gesprochenen Anweisungen des Apparates.</p>
--	--	--

Fais une formation ! Une heure suffit pour apprendre à sauver une vie. Mach einen Kurs. Nur eine Stunde reicht aus, um zu wissen wie man Leben rettet.

www.reagis.lu



Informers les parents

Date: Signature et cachet du médecin :