



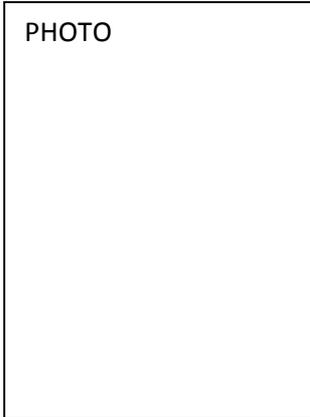
PAI HEMOPHILIE

Projet d'Accueil Individualisé

Date:

PAI initial

PAI de suivi



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/ESEB			
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.

Instructions: Veuillez informer les directeurs de l'enseignement fondamental

Nom de l'enfant:	Matricule:
Est atteint d'une hémophilie A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	

CONSIGNES

- **1- En cas de risque de saignement interne comme traumatisme crânien ou traumatisme abdominal:**
 - Contacter rapidement le **112 SAMU** puis informer les parents.
 - Mettre de la glace sur la zone du choc. Pour une bosse sur le crâne, comprimer avec la paume de la main fortement pendant 10 minutes et mettre de la glace.
- **2- En cas de traumatisme mineur pouvant entraîner un hématome (augmentation de volume du muscle) ou une hémarthrose (augmentation du volume de l'articulation):**
 - Comprimer avec la paume de la main Pendant 10 minutes, mettre de la glace et prévenir les parents.
- **3- Pour une coupure ou une plaie cutanée superficielle:**
 - Désinfecter avec un produit sans alcool et comprimer avec une compresse stérile pendant 10 minutes et puis laisser un pansement de maintien et le laisser en place jusqu'à la prise en charge de l'enfant.
- **4- Pour une plaie importante nécessitant des points de suture:**
 - Exercer une pression locale avec une compresse sèche, téléphoner aux parents car tout geste chirurgical (points de suture) doit être précédé d'une injection de facteur antihémophilique.
- **5- pour un saignement de nez:**
 - Faire asseoir l'enfant, le moucher, garder la tête en position normale et comprimer fortement avec tout le pouce pendant 10 minutes l'aile du nez et la narine. Avertir les parents si le saignement ne s'arrête pas au bout de 10 minutes.
- **6- pour les plaies de la bouche:**
 - Rincer la bouche de l'enfant avec de l'eau froide, comprimer avec une compresse sèche quelques minutes (10 minutes si possible), lui faire sucer des glaçons. Avertir les parents.

ATTENTION: Dans tous les cas, l'**USAGE** de l'**ASPIRINE** et des **ANTI INFLAMMATOIRES NON STEROIDIENS** (Ibuprofene, Diclofenac, etc ... est **CONTRE INDIQUE**.

Contre la fièvre, le seul médicament autorisé est le paracétamol (Dafalgan, etc...). Si les saignements persistent plus de 10 minutes ou se répètent, téléphoner aux parents.

Date: Signature et cachet du médecin :