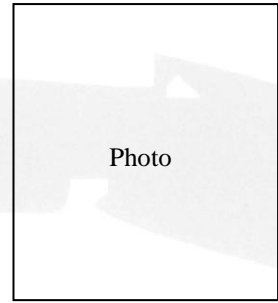
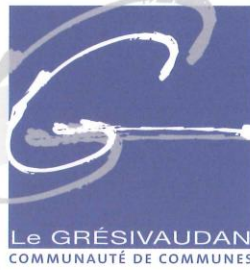


**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ  
(P.A.I.)**

**ALLERGIE(S) ALIMENTAIRE(S)**



ANNEE 20\_\_

Accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

**Enfant concerné**

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_ / \_\_ / 20\_\_

Adresse du domicile de l'enfant : \_\_\_\_\_

Etablissement fréquenté par l'enfant : \_\_\_\_\_

**Parties prenantes**

➔ Coordonnées des responsables légaux de l'enfant

Nom – Prénom	Adresse (si différente de l'enfant)	Téléphone
<input type="checkbox"/> Mère :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail
<input type="checkbox"/> Père :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail
<input type="checkbox"/> Autre responsable légal :		<input type="checkbox"/> mobile <input type="checkbox"/> fixe domicile <input type="checkbox"/> travail

➔ Responsable de l'établissement : \_\_\_\_\_

➔ Médecin de crèche : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

➔ Médecin traitant : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

➔ Médecin spécialiste ou Service spécialisé : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**Référents à contacter en cas d'urgence**

Parents ou responsables légaux

**SAMU 15**

Médecin traitant ou service spécialisé

Autre : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ☎ \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_



Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

### Protocole d'urgence

Rédigé et signé par le médecin traitant ou l'allergologue  
(un exemplaire doit être inséré dans la trousse d'urgence)

Date du bilan allergologique : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

L'enfant est allergique à : (préciser le ou les allergènes en cause) .....

.....

**En cas d'ingestion accidentelle d'un allergène, prendre l'avis du SAMU 15 sans attendre l'apparition des signes.**

#### Composition de la trousse d'urgence

--

#### Conduite à tenir en cas de crise

##### ■ Noter l'heure d'apparition des signes cliniques

Signes d'appel	Conduite à tenir et/ou traitement et posologie
Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'orties, plaques rouges	
Yeux gonflés, éternuements, écoulements de nez	
Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Douleurs abdominales, vomissements	
Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie, d'étouffement	
Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissement, perte de connaissance	

##### ■ Appeler le SAMU 15

- Informer de l'existence et du contenu du PAI
- Signaler ce qui a été fait : heure d'apparition des signes cliniques et médicaments donnés
- Suivre les instructions
- Rester à côté de l'enfant
- Avertir la famille

Date : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

## Aménagements à mettre en oeuvre

### Localisation de la trousse d'urgence

Elle doit être accessible à tout moment et à toute personne en charge d'administrer le traitement d'urgence. Elle doit comporter l'ordonnance détaillée pour les soins.  
L'adrénaline auto-injectable peut être conservée à température ambiante inférieure à 25°C pendant 18 mois. Toutefois, lors des sorties de l'établissement en périodes chaudes, elle devra être mise dans un sac isotherme.  
**La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.**

### Prise alimentaire

#### Le repas

- Panier repas seul autorisé  
Si panier repas, celui-ci ne doit pas être déposé dans le même réfrigérateur que des médicaments.  
Modalités pour la prise du repas (maintien de la chaîne du froid, lieu du repas, surveillance, etc.) :  
.....  
.....  
.....
- Régime spécifique garanti par le préparateur de la restauration collective  
La famille s'engage à prévenir dès que possible de l'absence de l'enfant au 0\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_
- Menus proposés par l'établissement avec éviction simple de l'agent allergisant faite :
  - sous contrôle du personnel de cuisine
  - par l'enfant (dans ce cas, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée)

#### Le goûter

- Panier repas seul autorisé  
Si panier repas, celui-ci ne doit pas être déposé dans le même réfrigérateur que des médicaments.  
Modalités pour la prise du repas (maintien de la chaîne du froid, lieu du repas, surveillance, etc.) :  
.....  
.....  
.....
- Régime spécifique garanti par le préparateur de la restauration collective  
La famille s'engage à prévenir dès que possible de l'absence de l'enfant au 0\_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_
- Menus proposés par l'établissement avec éviction simple de l'agent allergisant faite :
  - sous contrôle du personnel de cuisine
  - par l'enfant (dans ce cas, la responsabilité de l'établissement n'est pas engagée)

### Pendant l'accueil

Une attention particulière doit être portée lors de la manipulation de certains matériaux allergisants.

- Travaux manuels, ateliers de cuisine, éviter la manipulation de :
  - fruits à coques (amandes, noix, noisette, etc.)
  - arachides (cacahuètes)
  - pâte à modeler
  - pâte à sel
  - autres : .....
- Autres aménagements à préciser : .....

### Sortie de l'établissement – Séjour

- Emporter la trousse d'urgence complète avec le PAI
- Prendre un téléphone mobile et s'assurer de la couverture du réseau
- La personne responsable de la sortie doit avertir la structure d'accueil de l'existence du PAI et s'assurer que les conditions d'accueil permettront d'appliquer les consignes contenues dans le PAI. Sinon, en informer la famille.

Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

### Signataires

Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :
Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :

### Reconduction du Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I.)

- ➔ Ce document nécessite **un renouvellement chaque début d'année** ( le PAI est valable sur l'année civile du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre) **à la demande des parents.**
- ➔ Si aucune modification dans le traitement ou protocole n'est intervenue, le présent Projet d'Accueil Individualisé est reconduit à l'identique.
- ➔ Les parents doivent fournir obligatoirement une ordonnance médicale en cours de validité et renouveler les médicaments en tenant compte des dates de péremption.

Année 20 ____		P.A.I. reconduit le ____ - ____ - 20 ____	
Signataires	Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :	
	Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :	

Année 20 ____		P.A.I. reconduit le ____ - ____ - 20 ____	
Signataires	Parents ou responsables légaux Date : Nom et signature :	Représentant de la collectivité Date : Nom et signature :	
	Médecin(s) Date : Cachet et signature :	Responsable de l'établissement d'accueil Date : Nom et signature :	