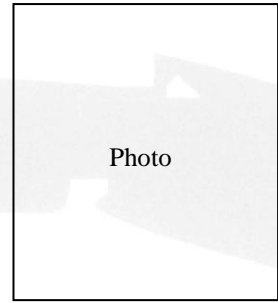
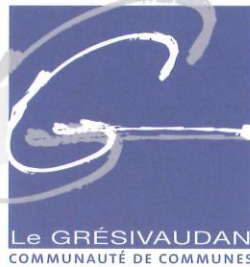


**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE
(P.A.I.) DIABETE**



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 en cas de crise ou malaise aigu

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.

La famille fournit les traitements nécessaires et remplace les médicaments périmés.

Composition de la trousse d'urgence et consignes d'administration

- Sucre / Biscuits secs ou pain
- Une ampoule de Glucagon (qui peut être conservée de préférence au réfrigérateur ou 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.
- Une copie du PAI
- L'enfant doit toujours avoir dans ses affaires :
 - du sucre, des biscuits secs ou du pain
 - le matériel nécessaire pour ses contrôles glycémiques

L'enfant est conscient et est capable d'avaler

Signes d'appel	Conduite à tenir
Signes d'hypoglycémie (ces signes n'étant pas constants chez tous les diabétiques, il convient de cocher les signes connus chez l'enfant) <input type="checkbox"/> Pâleur <input type="checkbox"/> Sueur <input type="checkbox"/> Tremblements <input type="checkbox"/> Difficulté pour parler <input type="checkbox"/> Troubles de la conscience sans perte de connaissance <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Somnolence <input type="checkbox"/> Confusion <input type="checkbox"/> Agressivité inhabituelle <input type="checkbox"/> Autres :	1. L'enfant dose sa glycémie, ou à défaut un adulte référent 2. Suivre le protocole du médecin traitant 3. Donner à l'enfant ___ morceaux de sucre ou un jus de fruits ou du miel ET Un biscuit sec ou du pain A renouveler : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien de fois ? _____
Signes d'hyperglycémie L'enfant a soif et a un besoin impérieux d'uriner Son haleine a une odeur de pomme	1. L'enfant dose sa glycémie, ou à défaut un adulte référent 2. Suivre le protocole du médecin traitant 3. Permettre à l'enfant de boire et d'aller aux toilettes en étant accompagné

Modalités pratiques d'arrêt de la pompe à insuline (si nécessaire)

Enfant concerné ➔ Nom – Prénom :

Soins pendant le temps d'accueil Selon le protocole du médecin traitant

- L'enfant doit toujours avoir dans ses affaires :**
- du sucre, des biscuits secs ou du pain
 - le matériel nécessaire pour ses contrôles glycémiques

La famille fournit le matériel nécessaire et le protocole du médecin traitant.

- ☞ L'enfant reçoit-il de l'insuline durant le temps d'accueil ? Oui Non
 - Si oui, modalité d'administration : Pompe Injection
 - Si injection, qui pratique les injections :
 - L'enfant
 - A quelle heure ? / Dans quel lieu ?
 - Autre (préciser)
- ☞ L'enfant doit-il prendre un autre traitement ? Oui Non
 - Si oui, lequel ?
- ☞ L'enfant doit-il effectuer des contrôles glycémiques ? Oui Non
 - Si oui, qui les fait ? L'enfant Autres (préciser)
 - A quelle heure ? / Dans quel lieu ?

Au sein de l'établissement

L'enfant doit pouvoir évaluer sa glycémie, manger ou boire s'il sent venir un trouble, ce peut-être suffisant pour éviter un malaise. Ne pas lui demander d'attendre la « récréation ».

Dans le respect du secret médical, ces mesures particulières seront expliquées aux autres enfants de l'établissement (ou du groupe).

Les repas

- ☞ Les repas sont-ils pris dans l'établissement ? Oui Non
 - **Si oui**, quels jours ? Lundi Mardi Mercredi Jeudi vendredi
 - ☞ L'enfant compose seul ses repas? Oui Non
 - **Si non**, qui l'aide ?
- Quelles sont les particularités de son régime alimentaire ?
-
-
-

Sortie de l'établissement – Activités physiques

- ☞ 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.

Autres consignes

.....

.....

.....

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 1er 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 :	