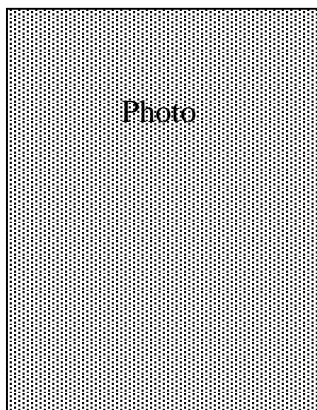


**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ ÉPILEPSIE**

Circulaire projet d'accueil n° 2003-135 du 08/09/2003 (Bulletin Officiel n° 34 du 18/9/2003)

Circulaire restauration scolaire n° 2001-118 du 25/06/2001 (BO Spécial n° 9 du 28/06/2001).

**ELEVE CONCERNE**

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Date de Naissance :	Age :
Ecole :	Sexe :
Classe :	

**Année scolaire du 1<sup>er</sup> PAI .....****PAI reconduit pour l'année scolaire.....**

*La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret professionnel appartient à la famille qui demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant atteint de troubles de la santé évoluant sur une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la meilleure prise en charge de l'enfant afin que la collectivité d'accueil lui permette de suivre son traitement et/ou son régime et puisse intervenir en cas d'urgence. Les personnels sont eux-mêmes astreints au secret professionnel et ne transmettent entre eux que les informations nécessaires à la prise en charge de l'enfant. Néanmoins, si la famille le juge nécessaire, elle peut adresser sous pli cacheté les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.*

Je soussigné....., père, mère, représentant légal, demande pour mon enfant la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé à partir de la prescription médicale et/ou du protocole d'intervention du Docteur..... tél :.....J'autorise que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant dans l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire.

Je demande à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements prévus dans ce document.

Signature du représentant légal :

Les parties prenantes ont pris connaissance de la totalité du document et des annexes. Ils s'engagent à le communiquer aux personnels qui pourraient être amenés à les remplacer.

**Signatures du PAI et date :**Responsable établissement  
Ou école

Médecin Education Nationale

Médecin traitant

Parents ou représentants légaux

Infirmier

**Lorsque les temps ne relèvent pas de l'éducation nationale, la gestion ainsi que la mise en œuvre du PAI sont placées sous la responsabilité du Maire ou des associations.**

Académie de Martinique

Nom Prénom :

Classe :

Année :

Etablissement : ..... Tél.....

Adresse de l'établissement : .....

Chef d'Etablissement/Directeur d'Ecole : .....

Mairie de : .....

Médecin de l'éducation nationale :

### PERSONNES A CONTACTER

#### LES URGENCES :

<b>SAMU</b>	<b>sur téléphone standard</b>	<b>15</b>
<b>SAMU</b>	<b>sur téléphone portable</b>	<b>112</b>

#### LES PARENTS OU REPRESENTANTS LEGAUX :

	Monsieur	Madame
Nom		
Téléphone domicile		
Téléphone travail		
Téléphone portable		

**Autre personne à prévenir**, désignée par les parents, si eux-mêmes ne sont pas joignables :

Lien à la famille :

Nom :

Tél

#### LE MEDECIN TRAITANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

#### LE SPECIALISTE QUI SUIT L'ENFANT :

Nom	
Adresse	
Téléphones	

**PROTOCOLE D'URGENCE A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

	CONSEILS ET RECOMMANDATIONS	AMENAGEMENT PERSONNALISE
<b>Type d'épilepsie</b>	<input type="checkbox"/> Epilepsie partielle <input type="checkbox"/> Epilepsie généralisé <input type="checkbox"/> Convulsions hyperthermiques	
<b>Signes de la crise</b>	Les signes propres à l'enfant sont :	
<b>Conduite à tenir en cas de crise</b>	<p>Garder son sang-froid, éviter les attroupements  Allonger l'enfant, le maintenir allongé sur le côté gauche, mettre un vêtement sous sa tête, ne rien introduire dans sa bouche (doigt...) sécuriser l'espace, faire sortir les autres élèves et les rassurer.  Eloigner tout ce qui pourrait le blesser ( chaises, tables</p> <p>Noter l'heure de début et l'heure de fin de la crise</p> <p><b>Appeler le SAMU (15 ou 112), préciser</b> que l'enfant est épileptique, qu'il a un PAI et que son traitement est disponible à l'école, et suivre les recommandations du médecin régulateur, les conversations sont enregistrées.</p>	<p><b>Traitement de la crise :</b></p> <p><b>Médicament :</b></p> <p><b>Posologie :</b></p> <p><b>Mode d'administration :</b></p> <p><b>Lieu de stockage du médicament :</b></p>
<b>A la fin de la crise</b>	<p>Laisser l'enfant allongé sur le côté</p> <p><b>Rester auprès de l'enfant</b> tant que l'état de santé confusionnel persiste.</p> <p>Prévenir les parents</p>	

<b>Activités physiques</b>	<input type="checkbox"/> Pas de contre-indication aux sports (sauf plongée sous-marine, boxe et sports en hauteur, grimper à la corde) <input type="checkbox"/> Pas de natation ni sports nautiques sans surveillance individuelle et constante <input type="checkbox"/> Pour l'escalade, un adulte doit assurer l'enfant. <input type="checkbox"/> Autres sports	
<b>Sortie scolaire et Classe transplantée</b>	<input type="checkbox"/> La trousse d'urgence et le PAI doivent suivre l'enfant, un adulte doit être avoir un téléphone portable <input type="checkbox"/> Pour une sortie de plusieurs jours, prévenir la famille pour la préparer. <input type="checkbox"/> Les parents donneront l'ordonnance et les traitements à la personne responsable de l'enfant. <input type="checkbox"/> Attention aux dettes de sommeil qui peuvent favoriser la survenue des crises	Indiquer la personne responsable du traitement.
<b>Autres</b>		

## Pour tous les enfants concernés

### ➤ **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**

- Médicament :

- Indiquer les endroits où sont déposés les trousse d'urgence.....
- Les trousse sont fournies par les parents et doivent contenir un double de ce document
- Les parents fournissent les médicaments et il est de leur responsabilité de vérifier la date de péremption et de les renouveler dès qu'ils sont périmés
- Les parents s'engagent à informer le médecin de l'éducation nationale ou de l'institution en cas de changement de la prescription médicale

### ➤ **En cas de déplacement scolaire : classes transplantées ou sorties**

- Informer les personnels de la structure d'accueil de l'existence du PAI et l'appliquer
- Prendre la trousse d'urgence avec le double de ce document
- Noter les numéros de téléphone d'urgence du lieu du déplacement à l'étranger

### ➤ **En cas de changement d'enseignant**

- Faire suivre l'information de façon prioritaire

### ➤ **En cas de changement d'établissement scolaire**

- Les parents transmettront le PAI dans le nouvel établissement de leur enfant

### ➤ **Pour les temps péri-scolaires et la restauration scolaire dans le 1<sup>er</sup> degré**

Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations.

**JOINDRE L'ORDONNANCE DU TRAITEMENT PRESCRIT**

**Date :**

**Cachet et Signature du Médecin qui suit l'enfant**

Dr C.Cordoliani, médecin CTR – 28 février 2013

**Note technique relative à la mise en œuvre des PAI comportant la prescription de BUCCOLAM**

Dans le cadre des PAI pour crises convulsives, les premières prescriptions de BUCCOLAM sont arrivées dans les écoles et établissements scolaires.

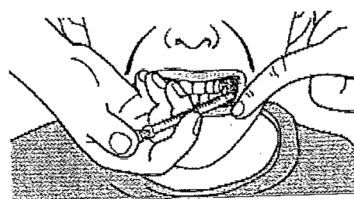
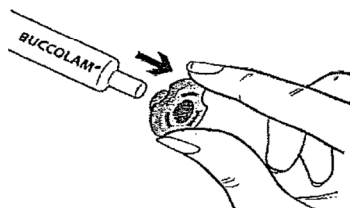
Il s'agit de l'administration d'une dose de chlorhydrate de midazolam (Buccolam), par voie buccale, à partir d'une seringue préremplie. Il est utile de préciser que l'injection se fait à partir de la seringue, sans aiguille, après avoir enlevé le capuchon de la seringue, pour éviter tout risque d'étouffement.

Il existe plusieurs présentations en fonction de l'âge :

Tranche d'âge	dose	Couleur de l'étiquette
Moins de un an	2,5 mg	Jaune
De un an à 5 ans	5 mg	Bleue
De 5 ans à 10 ans	7,5 mg	Mauve
De 10 ans à 18 ans	10 mg	Orange

**Mode de conservation :** Ne pas conserver au réfrigérateur mais dans une armoire dédiée aux PAI.

**Mode d'administration :** Insérer lentement la dose complète de médicament dans l'espace entre la gencive et la joue ; en fonction de la dose, il peut être nécessaire d'administrer lentement la moitié environ de la dose d'un côté, puis de l'autre.



**Quand administrer :** se conformer strictement aux indications du médecin traitant ; exiger que cela soit détaillé dans le PAI.

**Habilitation :** cette voie d'administration est autorisée pour utilisation par des non-professionnels de santé de l'éducation nationale, car il s'agit d'une seringue préremplie, donc ne comportant pas la nécessité du remplissage d'une seringue à partir d'un flacon.

**Rappel de la procédure à suivre, dans tous les cas :**

- appel du 15
- conserver la seringue (afin de pouvoir la présenter aux secours) ;
- ne pas administrer une deuxième dose, même si l'enfant a vomi.

Informations détaillées sur les sites suivants : <http://www.ema.europa.eu> et [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1284604/buccolam](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1284604/buccolam)

**CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE  
DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné(e) , ..... Docteur en  
médecine, certifie avoir, en application du décret N°88-977 du 11 octobre 1988, examiné l'élève :

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

**Né(e) le** : ..... **Classe** : .....

**Etablissement scolaire** : .....

Et constaté ce jour, que son état de santé entraîne une inaptitude :

<b>PARTIELLE</b>
------------------

**Du** : ..... **au** : .....

**Pas de sports nautiques ou natation, sans surveillance individuelle et constante**  
**Pas de sports en hauteur, sauf si corde d'assurance et avec surveillance**

**Emmener le PAI pour avoir la conduite à tenir en cas de malaise**

**Fait à** ....., **le** .....

**Le médecin (Cachet et Signature)**