



Projet d'accueil individualisé (PAI)

Division de la Médecine Scolaire et de la Santé des Enfants et
Adolescents





- **Procédure nationale d'aide et de suivi des enfants à besoins de santé spécifiques**
- **Circulaire signée en date du 15.10.2015 par les Ministre de l'Éducation Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse , et la Ministre de la Santé, harmonisation des procédures et des documents en octobre 2017**
- **Avis positifs: Collège médical – Société luxembourgeoise de pédiatrie**



3 points essentiels:

- Une **délégation parentale des soins**

Autorisation donnée à des tiers pour la réalisation de certains actes spécifiques

- Une **ordonnance et des recommandations médicales**

Prescription la plus uniforme et harmonisée possible

- Une **coordination par la médecine scolaire**

Implémentation, transmission d'information et formation si nécessaire



Qui doit recevoir l'information?

- Ecole – maison relais – lycée – internat – crèche ...

Nos missions communes:

- Assurer aux enfants à besoins de santé spécifiques un accueil adapté et sécurisé, ainsi qu'une continuité des soins
- Identifier qui en a besoin
- Important d'avoir une collaboration étroite entre tous les intervenants



- Lorsque l'élève présente une pathologie/maladie qui nécessite des soins réguliers (médications particulières, gestes spécifiques) ou d'urgence
- **Exemples:**
 - Diabète
 - Allergies alimentaires/piqûres de guêpe-abeille
 - Epilepsie
 - Asthme sévère
 - Cardiopathie (risque d'ischémie/troubles du rythme)
 - Hémophilie

Qui sont ces personnes :

- Pour les crèches: infirmières de la Ligue médico-sociale (remettent PAI validé, +formation)
- Pour l'EF: infirmières de la Ligue médico-sociale ou infirmière scolaire de la commune
- Pour le Lycée: infirmière de la Division de la MedScol

Rôle important du personnel de la Medscol (ou collaborateurs) pour détecter les élèves ayant besoin d'un PAI ou pas, suivre et former



Allergie alimentaire

- Risque de réaction allergique grave nécessitant une trousse d'urgence
- Antécédents de choc anaphylactique
- Avec asthme associé (facteur de gravité)

≠

Intolérance alimentaire :

- affecte le système digestif (ex. mauvaise digestion ou assimilation)
 - Réaction moins dangereuse que l'allergie
 - Sévérité des symptômes dépend de la quantité d'aliment ingérée
- adapter l'alimentation, un certificat médical est suffisant !



- **Intolérance au lactose:**

incapacité à digérer le lactose (sucre du lait) à cause de l'absence ou d'une quantité insuffisante d'une enzyme digestive, la lactase.



- **Allergie au lait:**

correspond à une réaction adverse, par hypersensibilité immunologique aux protéines du lait



DECISION / ELABORATION

1

- Médecin traitant pose le diagnostic et établit le traitement
- Parents consentent au PAI
- Ils signent la demande du PAI (délégation de soins)

TRAITEMENT DU DOSSIER

2

- Médecin ou parents envoient le PAI au médecin de la Division de la Médecine scolaire
- Equipes de Santé Scolaire sont informées
- Les personnes encadrantes sont identifiées / Ecole – maison relais – foyer scolaire – crèches - etc

MISE EN CIRCULATION

3

- Réunion de concertation si nécessaire
- Formation(s)
- Mise en place du PAI dans l'école
- Organisation du suivi

→ si pas validé → renvoyer vers MedScol



Téléchargement du formulaire sur :

<https://guichet.public.lu/fr/citoyens/famille/parents/assistance-enfance/projet-accueil-individualise.html>

The screenshot shows the Guichet.lu website interface. At the top, there is a navigation bar with the Luxembourg government logo and the text "LE GOUVERNEMENT DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG". To the right of the logo, there are links for "luxembourg.lu", "gouvernement.lu", "legilux.lu", "crossgov.lu", and "Autres sites". Below the navigation bar, there is a header section with a family photo and the "Guichet.lu" logo. A sidebar on the left contains various icons for navigation. The main content area features a breadcrumb trail: "Citoyens > Famille > Parents > Assistance enfance". Below the breadcrumb trail, there is a button labeled "Demander un projet d'accueil individualisé (PAI)". At the bottom right, there are two buttons: "Résident" and "Non résident".



Nouveautés 2020: traduction disponibles en Anglais- Allemand

LE GOUVERNEMENT DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la Santé

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents
20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Tel. no. : 247-75540

Erster PAI
 Folge-PAI
 Unbestimmte Dauer
 Gültig für [] / []

PAI - Individuelles Betreuungsprojekt LEBENSMITTELALLERGIEN

Das vorliegende interaktive Formular erfordert mindestens die Version 8.1.3 des Adobe Acrobat® Reader®. Die aktuelle Version des Adobe Acrobat Reader für alle Betriebssysteme (Windows®, Mac usw.) kann kostenlos auf der Internetseite von [Adobe Systems Incorporated](#) heruntergeladen werden.

Ihre Rechte betreffend Ihre personenbezogenen Daten:
Ihre in diesem Formular erfassten personenbezogenen Informationen werden von der zuständigen Verwaltungsbehörde verarbeitet, um Ihren Antrag erfolgreich abschließen zu können. Diese Informationen werden von der Behörde für den zur Verarbeitung erforderlichen Zeitraum gespeichert.
Die Empfänger Ihrer Daten sind die im Rahmen Ihres Antrags zuständigen Verwaltungsbehörden. Um die Empfänger der in diesem Formular erfassten Daten zu erfahren, wenden Sie sich bitte an die für Ihren Antrag zuständige Behörde.
Gemäß der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr haben Sie das Recht auf Zugang, Berichtigung und gegebenenfalls Löschung Ihrer personenbezogenen Informationen. Sie haben zudem das Recht, Ihre erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen.
Weiterhin können Sie, außer in Fällen, in denen die Verarbeitung Ihrer Daten verpflichtend ist, Widerspruch einlegen, wenn dieser rechtmäßig begründet ist.
Wenn Sie diese Rechte ausüben und/oder Einsicht in Ihre Informationen nehmen möchten, können Sie sich an das **Ministerium für Gesundheit** wenden. Wenn die Kontaktdaten des zuständigen Dienstes nicht angegeben sind, können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten des **Ministeriums für Gesundheit** wenden: info_donnees@ms.etat.lu. Sie haben außerdem die Möglichkeit, bei der Nationalen Kommission für den Datenschutz Beschwerde einzulegen (Commission nationale pour la protection des données, 1, Avenue du Rock'n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette).

1. Angaben

Die mit einem * markierten Felder sind Pflichtfelder.

Identität des Antragstellers

Foto: Feld für den schulärztlichen Dienst:

Name(n) des Schülers/Kindes:*

Vorname(n) des Schülers/Kindes:*

Identifikationsnummer (matricule):* Zyklus/Klasse:

Schule/SEA:*

Ort:*

Name(n) des gesetzlichen Vertreters / der Eltern:*

Adresse:*

Telefon:

E-Mail:

Name(n) des Schülers/Kindes: Identifikationsnummer:

Seite 1 von 9

LE GOUVERNEMENT DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la Santé

Division de la Médecine Scolaire
et de la Santé des Enfants
et Adolescents
20, rue de Bitbourg
L - 1273 Luxembourg-Hamm
pai@ms.etat.lu
Tel. no. : 247-75540

Initial PAI
 Updated PAI
 Indefinite duration
 Valid for [] / []

PAI - Individualised Support Plan FOOD ALLERGIES

This interactive page requires Adobe Acrobat® Reader® version 8.1.3 or higher. The latest version of Adobe Acrobat Reader for all systems (Windows, Mac, etc.) can be downloaded for free on the [Adobe Systems Incorporated](#) website.

Your rights regarding your personal data:
The information about you collected from this form needs to be processed by the public administration concerned.
That information is kept by the administration in question for as long as it is required to achieve the purpose of the processing operation(s).
Your data will be shared with other public administrations that are necessary for the processing of your application. For details on which departments will have access to the data on this form, please contact the public administration you are filing your application with.
Under the terms of Regulation (EU) 2016/679 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, you have the right to access, rectify or, where applicable, remove any information relating to you. You are also entitled to withdraw your consent at any time.
Additionally, unless the processing of your personal data is compulsory, you may, with legitimate reasons, oppose the processing of such data.
If you wish to exercise these rights and/or obtain a record of the information held about you, please contact the **Ministry of Health**. If the contact details of the competent service are not indicated, you can contact the Data Protection Officer at the **Ministry of Health** by email at info_donnees@ms.etat.lu. You are also entitled to file a claim with the National Commission for Data Protection (Commission nationale pour la protection des données), headquartered at 1, Avenue du Rock'n'Roll, L-4361 Esch-sur-Alzette.

1. Input

Fields marked with an * are mandatory

Identity of the applicant

Photo: ONLY for School Medical Service:

Child's/Student's family name(s):*

Child's/Student's first name(s):*

Nat. identification number (matricule):* Cycle / class:

School/SEA:*

Place/Location:*

Name(s) of legal representative/parents:*

Address:*

Telephone:

Email address:

Child's/Student's family name(s): Nat. identification number:

Page 1 of 9



PAI : France

Exemple de Projet d'Accueil Individualisé
Circularité projet d'accueil n° 2009-135 du 08/09/2009 (Bulletin Officiel n° 34 du 11/09/2009)
Circularité restauration scolaire n° 2001-115 du 25/09/2001 (BO Spécial n° 9 du 25/09/2001)

ELEVE CONCERNE

Nom : _____
Adresse : _____
Date de Naissance : _____
Classe : _____

Année scolaire du 1^{er} PAI : _____
PAI reconduit pour l'année scolaire : _____

La décision de révéler des informations médicales couvertes par le secret médical est prise en place d'un projet d'accueil individualisé pour son enfant pendant une longue période. La révélation de ces informations permet d'assurer la continuité de la collectivité d'accueil. La révélation de ces informations ne concerne que les personnes qui sont strictement nécessaires au secret professionnel et ne transmettent pas les informations qu'elle souhaite ne transmettre qu'à un médecin.

Je soussigné(e) _____ père, mère, représentant légal de l'enfant, demande la mise en place d'un projet d'accueil individualisé à partir de la date de la demande de ce document soit porté à la connaissance de l'établissement d'accueil : crèche, école, cantine, temps périscolaire, etc.

Je demande à ces personnes de pratiquer les gestes et d'appliquer les mesures de prévention recommandées.

Signature du représentant légal : _____

Les parties prenantes ont pris connaissance de la loi relative à la protection des données personnelles qui pourraient être affectées par la mise en place de ce document.

Signature du PAI et date : _____

Responsable établissement ou école : _____

Année Scolaire : _____

Etablissement : _____
Adresse de l'établissement : _____
Chef d'Etablissement : _____
Tél. : _____
Mairie de : _____

Médecin de l'éducation nationale ou de l'institution, Coordonnateur du Projet d'Accueil :

Nom	Lieu où il peut être joint	Bureau	Téléphone	Portable

PERSONNES A PREVENIR

Sur téléphone standard	15
Sur téléphone portable	112

Les urgences

Les parents ou représentants légaux

Nom	Monsieur
N° téléphone domicile	
N° téléphone travail	
N° téléphone portable	

Le médecin qui suit l'enfant

Nom	Adresse	Téléphones

L'allergologue qui suit l'enfant

Nom	Adresse	Téléphones

Modèle de PAI pour enfants ou adolescents présentant une allergie alimentaire

Pour tous les enfants concernés

- **Trousses d'urgence contenant les médicaments prescrits par le médecin**
 - Indiquer les endroits où sont déposés les trousseaux d'urgence
 - Les trousseaux sont fournis 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 d'expiration 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 du 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
- **Pour les temps périscolaires et la restauration scolaire**
 - Ces temps sont placés sous la responsabilité du maire ou d'associations représentatives associées à la rédaction du PAI

Besoins spécifiques de l'enfant

➤ **Restaurant scolaire (cocher la mention retenue):**

- Non autorisé
- Paniers repas seuls autorisés
- Régimes spécifiques garantis par le distributeur
- Menus habituels avec éviction simple (lecture de la notice)
- Autre (préciser) _____

➤ **Les goûters**

- Goûters habituels autorisés
- Consommation des goûters habituels autorisés
- Aucune prise alimentaire autre que le goûter

➤ **Les activités d'arts plastiques**

Une attention particulière doit être portée à la manipulation de :

- Fruits à coque, Cacahuètes (arachides)
- Pâtes à modeler
- Pâte à sel
- Autres (préciser) _____

➤ **Autres aménagements à détailler**

Modèle de PAI pour enfants ou adolescents présentant une allergie alimentaire

Protocole de soins d'urgence
A renseigner par le médecin qui suit l'enfant

Nom : _____
Date de naissance : _____
Classe : _____
Etablissement : _____
Prénom : _____

Allergie à _____

Composition de la trousse d'urgence (déposée à l'école) : L'ordonnance détaillée pour les soins et la liste des médicaments à faire figurer dans la trousse d'urgence sont joints en annexe.

- Antihistaminique :
- Corticoïdes :
- Broncho-dilatateur :
- Adrenaline injectable :
- Autres :

Dès les premiers signes, prévenir les parents et le médecin traitant
Appeler le SAMU (15 ou 112 sur portable) et pratiquer :

Situations	Signes d'appel	Conduite à tenir
Urticaire aiguë	Démangeaisons, boutons comme des piqûres d'ortie, plaques rouges	
Conjonctivite Rhinite	Yeux rouges, gonfiés	
Œdème sans signe respiratoire	Eternuements, écoulement d'une partie du nez	
Troubles digestifs	Gonflement des lèvres, du visage ou d'une partie du corps	
Crise d'asthme	Douleurs abdominales, vomissements	
Œdème avec signes respiratoires	Toux sèche, gêne respiratoire, sifflements audibles, l'enfant se plaint de ne pas pouvoir respirer correctement	
Choc ou malaise	Toux rauque, voix modifiée, signes d'asphyxie, étouffement	
	Malaise avec démangeaisons, gêne respiratoire, douleurs abdominales, nausées, vomissements	

Notez la date, l'heure des signes et des médicaments donnés

Restez à côté de l'enfant ou de l'adolescent

Date : _____

Signature et cachet du médecin

Modèle de PAI pour enfants ou adolescents présentant une allergie alimentaire

4



PAI : France

RENSEIGNEZ la FIN DU FORMULAIRE

Restauration scolaire <input type="checkbox"/> Eviction gérée par * PRECISER après vérification des menus sur la présence d'allergènes selon la réglementation INCO <input checked="" type="checkbox"/> Repas garanti sans allergènes par la restauration scolaire <input type="checkbox"/> Panier repas apporté par l'enfant <input type="checkbox"/> Repas scolaires non autorisés	Goûter <input checked="" type="checkbox"/> Avec éviction des allergènes <input type="checkbox"/> Apportés par l'enfant <input type="checkbox"/> Non autorisés Autres aménagements REPAS COLLECTIVITE AUTORISE AVEC EVICTION KIWI
---	---

Activités (arts plastique, cuisine...): Né pas manipuler
kiwi

• La trousse d'urgence doit toujours être accessible avec un double de ce document et suivre l'enfant en cas de déplacement scolaire:
 Endroit où est déposée la trousse d'urgence (à l'école, à la cantine):
 La trousse d'urgence est portée par l'élève (Lycée)

• Vérifier la présence d'un téléphone qui fonctionne accessible
 • En cas de changement d'enseignant, s'assurer que celui-ci est informé de la conduite à tenir en cas de réaction allergique alimentaire
 • Les parents doivent fournir les médicaments, en vérifier la date de péremption et les renouveler dès qu'ils sont périmés.

Date : 28/06/2019 Signatures

Infirmière scolaire	Responsable établissement	Responsable de la restauration
---------------------	---------------------------	--------------------------------

Ver.C.17.2

Projet d'Accueil Individualisé
Une RÉACTION ALLERGIQUE !
VITE VITE JE RÉAGIS !

PHOTO

NOM :
Prénom :
Né(e) le :
Établissement :

Je soussigné, 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
 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.

Signature du représentant légal

Contacts téléphoniques :

Parents Domicile	Travail
Père Portable	Travail
Mère Portable	Travail
Autre référent	

Médecin de l'Éducation National **Dr Silvana Masi**
Médecin
 Division de la Médecine Scolaire
 et de la Santé des Enfants et Adolescents
 Tél. : 247 85580

Envoyé le : 05 SEP 2019

NOM : Prénom :

ALLERGIES :

TROUSSE D'URGENCE

1. Adrénaline : ANAPEN
2. Bronchodilatateur : VENTOLIN + Chambre d'inhalation
3. Antihistaminique : AERIUS 2,5 ML
4. Divers: CELESTONE 360 GOUTTES

EIPEN

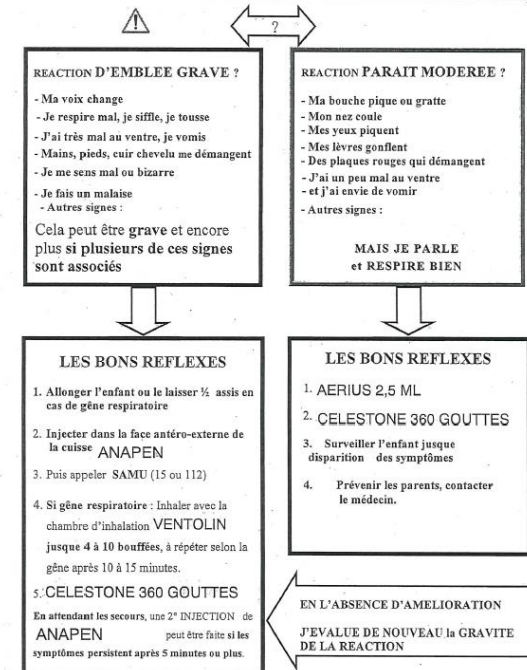
JEXT

ANAPEN

EMERADE

Ver.C.17.2

UNE RÉACTION ALLERGIQUE PENDANT OU JUSTE APRÈS UN REPAS
J'ÉVALUE IMMÉDIATEMENT LA GRAVITÉ DE LA RÉACTION



PAI: Délégation des soins



Délégation de soins Les champs marqués d'un * sont obligatoires

Je soussigné*,

Représentant légal ou élève majeur, demande pour mon enfant/moi-même 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 personnes en charge de l'élève/enfant :
école, équipe de santé scolaire, structure d'éducation et d'accueil, 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

Signature (obligatoire)

Lieu* :

Le* :

Signature de l'élève si majorité >18 ans ou du représentant légal* :

Médecin prescripteur de PAI

Nom* :

Le* :

Signature du médecin* :

Réservé au médecin de la Direction de la Santé - Division de la médecine scolaire et de la santé des enfants et adolescents

PAI reçu le :

transmis à :

Signature :

te du :

→ si pas validé → renvoyer vers MedScol



TRANSMISSION DU PAI / REUNION DE CONCERTATION			
Séance d'information:..... Date:			
Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI (indiquer les noms et fonctions de toutes les personnes au courant)			
Fonction	Nom/Prénom	Signature	Date
1. Enseignant(e) principal			
2. Educateur/Educatrice			
3. Responsable de Maison-relais			
4. Encadrants Maison-relais			
5. SEPAS			
6. ESEB			
7.			
8.			
9.			
10.			

Pour l'équipe médico-scolaire:

Une copie du PAI a été remise à : Date:

IMPORTANT: Instructions pour le personnel encadrant en charge de l'élève:

- Veuillez informer les directeurs de l'enseignement fondamental/secondaire, les enseignants et personnes encadrantes ou remplaçant(e)s.
- Veuillez renvoyer une copie de la page 3 à la Division de la Médecine scolaire (20 rue de Bitbourg L- 1273 Luxembourg-Hamm, ou par mail au secmedscol@ms.etat.lu) après avoir pris connaissance du PAI et signatures des personnes concernées.

**Signer le PAI signifie
que vous avez reçu
l'information**

≠

**RESPONSABLE en cas
d'incident!**

4. Transmission du PAI / Réunion de concertation

Séance d'information :

Date :

Liste de présence - Personnes ayant pris connaissance du PAI
(Indiquer les noms et fonctions de toutes les personnes au courant)

Fonction	Nom/Prénom	Signature	Date
Enseignant(e) principal(e)			
Educateur/Educatrice			
Responsable de Maison-relais			
Encadrant(e) Maison-relais			
SEPAS			
ESEB			
Autre			
Autre			
Autre			

Pour l'équipe médico-scolaire

Une copie de PAI a été remise à :

à la date du :

IMPORTANT: Instructions pour le personnel encadrant en charge de l'élève:

- Veuillez informer les directeurs de l'enseignement fondamental/secondaire, les enseignants et personnes encadrantes ou remplaçant(e)s de l'existence du PAI.
- Veuillez renvoyer une copie de cette page à la Division de la Médecine scolaire (20, rue de Bitbourg, L- 1273 Luxembourg-Hamm, ou par mail au pal@ms.etat.lu) après avoir pris connaissance du PAI et signatures des personnes concernées.



CONSIGNES

1) Trousse d'urgence

Contenu	Copie du plan d'urgence	
	Médicaments:	Date de péremption:
	1.	1.
	2.	2.
	3.	3.
	Autre:	
Localisation	Etablissement scolaire:	
	Maison relais/Foyer scolaire/SEA:	
	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	

6. Consignes

1. Trousse d'urgence

METTRE UNE COPIE DE CE DOCUMENT DANS LA TROUSSE D'URGENCE

Contenu / Médicaments	Date de péremption
Localisation	
Etablissement scolaire <input type="checkbox"/>	
Foyer / Maison-relais <input type="checkbox"/>	
Autre <input type="checkbox"/>	

- EN CAS D'APPEL DU 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. Usage d'ADRENALINE

- OUI (veuillez remplir la page 7 ou 8)
- NON (veuillez remplir la page 9)

Endroit rapidement accessible et connu, pas fermé à clef!
Identification (nom) de la trousse



5. Conditions d'accueil

Une copie de ce formulaire est à remettre aux prestataires de restauration collective des structures d'éducation et d'accueil et des crèches privées.

Allergie(s) alimentaire(s) de l'enfant:

Aliment(s) à exclure :

Aliment(s) à exclure :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

A) Restauration collective (cantine scolaire/SEA)

Régime d'éviction simple : Les aliments susmentionnés sont exclus comme ingrédient dans le régime alimentaire de l'enfant. Les traces des aliments susmentionnés sont tolérées.

Régime d'éviction stricte : Les aliments susmentionnés y compris leur présence fortuite (traces, suite à une contamination croisée), sont exclus dans le régime alimentaire de l'enfant. L'accueil pourra se faire sous forme d'un panier repas (fourni par les parents) ou d'un plat certifié « sans allergènes » (fourni par une société spécialisée).

Remarque : Il revient au prestataire de restauration collective de déterminer ensemble avec les parents, sous quelle forme se fera l'accueil en pratique. Ceci tout en respectant les capacités et procédures internes des différentes structures d'accueil.

B) Goûters (à l'école/SEA)

Régime d'éviction simple

Régime d'éviction stricte (goûters fournis par les parents)

La distribution de fruits et légumes frais, lavés est autorisée (sauf les aliments à exclure)

C) Activités d'arts plastiques, ateliers de cuisine

Le contact avec l'/les aliment(s) suivant doit être évité:

Aucune restriction

Autres :

D) Autres aménagements éventuels :

Eviction simple

les aliments qui provoquent une réaction allergique sont exclus comme ingrédients dans le régime alimentaire de l'enfant concerné. Ce régime s'applique exclusivement si l'enfant tolère des traces de ces aliments.

Eviction stricte

les aliments provoquant une réaction allergique y compris leur présence fortuite (traces par exemple suite à une contamination croisée) sont exclus dans le régime alimentaire de l'enfant.



➤ Les ingrédients à déclaration obligatoire.

Depuis 2008 : 14 ingrédients sont à déclaration obligatoire :

- Céréales contenant du gluten: blé, seigle, orge, avoine, épeautre, kamut ou hybrides
- Crustacés
- Œuf
- Poisson
- Arachide (=cacahuète)
- Soja
- Lait (y compris lactose)
- Fruits à coques (seules les amandes, noisettes, noix, pistache, noix du Brésil, de cajou, de macadamia, du Queensland)
- Céleri
- Moutarde
- Sésame
- Sulfites
- Lupin
- Mollusque



Attention aux allergènes émergents, qui ne sont pas à déclaration obligatoire, donc LIRE LES ETIQUETTES

- Le sarrasin
- Le lait des petits ruminants (chèvre et brebis)
- Le Kiwi
- Le pignon de pin
- L' α -galactose (présent dans la viande de mammifère)
- Les pois
- Les lentilles



- La mention « Peut contenir » : mise en garde que les fabricants peuvent utiliser pour indiquer la présence accidentelle d'un allergène dans leurs produits..
- La contamination croisée survient lorsque l'allergène ne fait pas partie de la liste d'ingrédients, mais se retrouve dans un produit en passant par une surface contaminée. Le risque augmente lorsqu'on utilise l'allergène dans la fabrication d'autres produits, dans la même usine, → indispensable de prendre les précautions nécessaires pour éviter ce phénomène..



S'il y a nécessité d'usage d'ADRENALINE, et il s'agit du FASTJEKT ou de l'EPIPEN

PENDANT OU JUSTE APRES AVOIR

REACTION SEVERE :

- Ma voix change
- J'ai du mal à parler
- Je respire mal, je siffle, je tousse
- J'ai très mal au ventre, je vomis
- Je me gratte les mains, les pieds, la tête
- Je me sens mal, je fais un malaise

**ATTENTION !
CELA PEUT ÊTRE GRAVE.
FAITES POUR MOI RAPIDEMENT**

- Je me sens mal, je fais un malaise

1. INJECTER LE FASTJEKT

1. INJECTER LE FASTJEKT ou L'EPIPEN :



Enlever le bouchon bleu



Placer l'extrémité orange à 5 cm en regard de la face extérieure de la cuisse à angle droit



Enfoncez fermement jusqu'à entendre un déclic et maintenir enfoncé pendant 10 secondes



Massez la zone d'injection pendant 10 secondes

2. APPELER LE SAMU (112)

3. Allonger l'enfant avec les jambes surélevées ou le laisser assis en cas de gêne respiratoire.

REACTION

- Ma
- Me
- J'a
- J'a

Les réactions sont imprévisibles, il ne faut jamais ignorer les premiers symptômes.

1. Antihistaminique :

2. Surveiller l'enfant et prévenir les parents

3. Si aggravation : *traiter comme une réaction sévère*

- Ma bouche pique ou gratte, mon nez coule
- Mes lèvres gonflent
- J'ai des plaques rouges sur le corps qui grattent
- J'ai un peu mal au ventre et envie de vomir

**ATTENTION !
JE PARLE ET RESPIRE BIEN**

1. Antihistaminique :

2. Surveiller l'enfant et prévenir les parents

3. Si aggravation : *traiter comme une réaction sévère*

*protocole validé par la société luxembourgeoise d'allergologie et immunologie

NON



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Réservé à la Médecine Scolaire

Direction de la santé

FORMULAIRE N°2

Fiche d'arrêt d'application du PAI – ALLERGIE ALIMENTAIRE

Nom et prénom de l'enfant: _____

Matricule: _____

Etablissement scolaire/classe: _____

Foyer scolaire (optionnel): _____

Je soussigné(e), _____, représentant(e)
légal(e) de _____ souhaite par la
présente: **l'arrêt de l'application du PAI** rédigé par le

Dr _____

Date et signature

Représentant(e) légal(e) _____



• Obligation de porter secours

- dans le cas contraire: non assistance à personne en danger

• Et si je cause des dommages?

- Consentement de prodiguer des soins
- Risques minimales de dommages: L'épinéphrine au moyen d'un auto-injecteur ne pose pas de danger pour une personne en santé.



- **COMPRENDRE** l'anaphylaxie
- **IDENTIFIER** qui est à risque
- **APPRENDRE** à manipuler l'auto-injecteur d'adrénaline
- **DÉVELOPPER** un plan d'urgence et l'appliquer
- **CONTRÔLER** l'éviction de l'allergène



De la part des enfants allergiques
Merci