

Nom et prénom de l'élève :

PROTOCOLE D'URGENCE EN CAS DE CRISE OU MALAISE AIGU

Protocole rédigé et signé par le médecin traitant ou le spécialiste
(Un exemplaire doit être inséré dans la trousse d'urgence)

LOCALISATION DE LA TROUSSE D'URGENCE (*spécifier clairement un ou plusieurs emplacements*)

.....
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

Rappel : La circulaire n'autorise aucune administration intra-rectale.

SIGNES D'APPEL

- | | |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PERTE DE CONNAISSANCE BRUTALE | <input type="checkbox"/> CHUTE SPONTANÉE |
| <input type="checkbox"/> MOUVEMENTS ANORMAUX | <input type="checkbox"/> ABSENCE : BRÈVE PÉRIODE DE NON RÉCEPTIVITÉ |
| <input type="checkbox"/> AUTRES : | |

RECOMMANDATIONS GENERALES

- ▶ Rester calme et faire évacuer les autres élèves
- ▶ **Noter l'heure de début de la crise**
- ▶ Laisser l'élève allongé par terre sans essayer de le contenir et éloigner tout risque de traumatisme.
- ▶ Quand les mouvements ont cessé, desserrer ses vêtements, le mettre sur le côté, le couvrir.
Ne rien lui donner à boire ni à manger.
- ▶ **Noter l'heure de fin de crise**
- ▶ Appeler le SAMU 15 – Appliquer les consignes données par le médecin du SAMU.
- ▶ Appeler la famille.
- ▶ Prévenir le chef d'établissement ou le directeur d'école.

RECOMMANDATIONS SPECIFIQUES A L'ELEVE

.....

AMENAGEMENTS A METTRE EN OEUVRE

► **Peut-il pratiquer toutes les activités sportives ?** OUI NON

Si non, lesquelles sont à proscrire ou à adapter (en particulier natation, escalade et activités en hauteur) ?

.....
.....
.....

► **Adaptations pédagogiques nécessaires au quotidien**

.....
.....
.....
.....
.....

► **Peut-il participer aux travaux d'atelier ?** OUI NON

Si oui, dans quelles conditions ?

.....
.....
.....
.....

► **Peut-il travailler sur des machines dangereuses ou en élévation ?** OUI NON

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date

Signature et cachet du médecin