

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

Date.../.../.....NOM.....Prénom ..... Age .....ans  
Poids.....kg.

Année scolaire : 20\_\_ / 20\_\_

- **Si crise d'asthme (dont les signes peuvent être) :**

= TOUX (dès le début)

- et/ou Sifflements
- et/ou Essoufflements
- et/ou Respiration difficile

- **Faire inhaler 2 pulvérisations de Ventoline spray dans une chambre d'inhalation.** (*Agiter le flacon, faire les 2 pulvérisations et demander à l'enfant de respirer 10 fois dans la chambre*)

- **Si les signes persistent 10 min plus tard faire de nouveau inhaler 2 pulvérisations.**

- **Si les signes persistent 10 min plus tard appeler les parents et continuer la Ventoline toutes les 10 min.**

**Si les parents ne sont pas joignables, appeler le CENTRE 15**

- **Si l'enfant a toussé toute la nuit et à la DEMANDE DES PARENTS :**

- Donner la Ventoline spray, 2 pulvérisations (= 10 respirations) vers 12h00 et 16h00

- **En préventif pour le sport (si besoin) :**

- Donner la Ventoline spray (≈ 10 min) avant le sport, 2 pulvérisations (10 respirations)

**Les signes de gravités de la crise d'asthme nécessitant l'appel au CENTRE 15 :**  
L'enfant a une TOUX INCESSANTE, NE BOUGE PLUS, NE PARLE PLUS, est TRES PALE.

Cachet et signature :