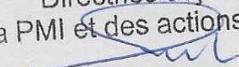


PROTOCOLE DE SOINS D'URGENCE

*Ce protocole a été rédigé en partenariat avec le service de
PMI du Conseil départemental du Morbihan*



Le médecin départemental,
Signature du médecin :
Directrice adjointe
de la PMI et des actions de santé

D^r Anne Nathalie MARGUERON

Pour un enfant accueilli chez un assistant(e) maternel(le),

- *Vu la loi n° 2005-102 du 11 février pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;*
- *Vu le décret n° 2010-613 du 7 juin 2010 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et modifiant le code de la santé publique (art R2324-17)*
- *Vu le décret n° 2006-923 du 26 juillet 2006 relatif à la protection des mineurs accueillis hors du domicile parental et modifiant le Code de l'Action Sociale et des Familles (art R2227-23 et R227-25 relatifs au projet éducatif)*
- *Vu la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 concernant l'Accueil des Enfants et Adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période*

Un Protocole d'Urgence doit être mis en place entre le médecin de l'enfant, les parents, et l'assistant(e) maternel(le).

A L'ATTENTION DES RESPONSABLES LEGAUX

A l'attention de Mme, M

Responsables légaux de l'enfant

Madame, Monsieur,

Vous m'avez indiqué que votre enfant présente une maladie pouvant nécessiter un traitement ou des soins durant le temps d'accueil au domicile de l'assistant(e) maternel(le).

Pour permettre de répondre à ces besoins spécifiques, il convient que vous demandiez à votre médecin la mise en place d'un protocole de soins d'urgence pour lequel vous voudrez bien :

- Faire compléter le document joint (protocole de soins d'urgence) par le médecin traitant de l'enfant ou le cas échéant, un médecin spécialiste.

Merci de joindre l'ordonnance médicale des traitements correspondant aux soins d'urgence notés dans ce protocole. Veillez à ce que cette ordonnance soit à jour, et vérifiez régulièrement les dates limites d'utilisation de ces médicaments.

- Signaler toute modification de numéro de téléphone.

Il vous appartient de fournir la trousse d'urgence contenant les médicaments et de veiller à les renouveler (attention : les médicaments de cette trousse doivent être les mêmes que ceux écrits sur le protocole de soins d'urgence, sans substitution).



PARTIES PRENANTES

▪ Parents ou Représentants légaux

PARENTS	Père	Mère	Représentants légaux
Nom - Prénom			
Adresse			
Téléphone domicile			
Téléphone travail			
Téléphone portable			
Adresse Mail			

▪ L'Assistant(e) Maternel(le)

Nom - Prénom	
Adresse	
Téléphone	
Adresse Mail	

▪ Le Médecin référent

Nom - Prénom	
Adresse	
Téléphone	
Adresse Mail	



AUTORISATION DES RESPONSABLES LEGAUX

Nous,

Monsieur.....

Madame.....

Autorisons M. ou Mme,
assistant(e) maternel(le)

A administrer à notre enfant
(nom - prénom).....
les médicaments prescrits par le médecin
(nom - prénom).....,
selon le protocole établi en page 6.

Fait à

Le

Signature du médecin

Signatures des représentants légaux

Signature de l'assistant(e) maternel(le)

- **ATTENTION à toujours joindre une ordonnance médicale adaptée au poids de l'enfant et à jour à ce protocole**

Nom et prénom de l'enfant :



PROCOLE DE SITUATION D'URGENCE

Lieux où sont stockés les médicaments :

➔ Contactez le SAMU : 15

Personnes à contacter en cas d'urgence (dans l'ordre de priorité) :

- 1- Qualité (père, mère, autre) :.....
Tel travailDomicile :.....Portable :.....
- 2- Qualité :
Tel travail :.....Domicile :.....Portable :.....
- 3- Qualité :.....
Tel travail :.....Domicile :.....Portable :.....
- 4- Médecin (Nom).....Tél :.....

IMPORTANT : Joindre au protocole une ordonnance à jour.

- Attention à vérifier régulièrement les dates d'utilisation des médicaments stockés au domicile de l'assistant(e) maternel(le). Revoir le protocole en cas de changement de traitement.
- Signaler toute modification de numéro de téléphone.



SIGNES D'URGENCE	
CONDUITE À TENIR	
EXPLICATION DE LA MÉTHODE D'INJECTION / COMMENT DONNER LE TRAITEMENT ?	
QUE FAIRE APRES AVOIR DONNER LE TRAITEMENT	

Fait à :

le :

Signature du médecin :

Signature des représentants légaux :

Signature de l'assistant(e) maternel(le) :

