



DOCUMENTO PARA EL 112 Incorporar al programa de Educación (PLUMIER[®])

ANEXO IV

ALERTA ESCOLAR

PRESCRIPCIÓN EN CASO DE CONVULSIÓN

Imprescindible entregar en el colegio.

Nombre y Apellidos:		
CIPA:		
Fecha de nacimiento:		Sexo:
Edad:		
Peso (Kg):	Centro Escolar:	Curso:
ALERGICO A:		
DIAGNÓSTICO:		

MEDICACIÓN A ADMINISTRAR:

- Diazepam (Stesolid(r))[] mg
- Midazolam (Buccolam(r))[] mg

FIRMADO

D./ Dña.:

Nº Colegiado:

Fecha:



ANEXO IV
ALERTA
ESCOLAR

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN DE EMERGENCIAS EN CASO DE CONVULSIÓN

Foto	Alumno/a:		
	Nombre y Apellidos: CIPA:		
	Fecha de nacimiento: Edad:		Sexo:
	Peso (Kg):	Centro Escolar:	Curso:
ALERGICO A:			

COMO RECONOCER UNA CONVULSIÓN:

La convulsión puede manifestarse como alteración del estado de conciencia, movimientos anormales, cambios en el tono postural y/o contracciones enérgicas e involuntarias de los músculos de aparición brusca y duración limitada (segundos a minutos).

QUE DEBE HACER:

- ✓ Intentar **mantener la calma**. La mayoría de las crisis ceden por sí solas. Mire la hora a la que ha empezado.
- ✓ Coloque al **niño tumbado de lado**, sobre un costado (esto le permitirá respirar mejor) y lejos de objetos con los que pueda golpearse (y si es posible en una superficie blanda (toalla, ropa...)).
- ✓ **Retire** gafas, u objetos que puedan hacerle daño.
- ✓ **Avisar al 112** y siga las instrucciones que les indiquen. Comunique que se trata de una CONVULSIÓN.
- ✓ Si la **convulsión dura más de 2-3 minutos**, administre medicación (ver cuadro), **previa llamada al teléfono de emergencias número 112**. No dude en administrarle la medicación (DEBER DE SOCORRO).
- ✓ Si la **crisis es febril** aplicar paños mojados en la frente, axilas e ingles.
- ✓ Cuando despierte sea amable y transmítale tranquilidad.
- ✓ Llamar a la familia al teléfono indicado en el colegio.

ADMINISTRAR	MEDICACIÓN
<p>Diazepam (Stesolid(r)) []mg</p>	<p>La medicación a administrar es diazepam (Stesolid®). La dosis a administrar es una cánula de mg por vía rectal.</p> <p>NORMAS DE ADMINISTRACIÓN</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>1 Girar cuidadosamente la lengüeta, 2 o 3 veces, sin tirar, hasta que se separe.</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>2 Colocar al niño boca abajo o tendido de lado.</p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>3 Cuando el microenema se halle insertado, vaciarlo ejerciendo presión con los dedos índice y pulgar.</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>4 Retirar la cánula y mantener las nalgas del niño apretadas para evitar una posible pérdida del líquido.</p> </div> </div>
<p>Midazolam (Buccolam(r)) []mg</p>	<p>Como alternativa al diazepam (Stesolid®) se puede administrar mg de midazolam (Buccolam®). Se administra por vía bucal. Se debe introducir lentamente toda la solución en el espacio entre la encía y la mejilla.</p> <p>Se debe administrar una sola dosis de midazolam y entregar la jeringa vacía al médico para que sepa qué dosis ha recibido el paciente.</p>

QUE NO DEBE HACER:

- ✗ Intentar colocarle nada en la boca.
- ✗ Sujetar al niño.
- ✗ Echar agua por encima, o agitar al niño, esto no va a conseguir que se recupere antes.
- ✗ Cuando recobre la conciencia no ofrecer agua ni alimentos. Hasta que la persona esté completamente despierta no puede ingerir nada.

FIRMADO

<p>D./ Dña.:</p> <p>Nº Colegiado:</p> <p>Fecha:</p>

La validez de este informe será indefinida, salvo que cambie la situación clínica o la medicación del paciente, en cuyo caso los padres solicitarán nuevo informe al pediatra o médico de familia.



AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN EN CASO DE CRISIS CONVULSIVA

Yo D./Dña.....(Padre/ madre/ tutor/a legal), con DNI:..... **autorizo** al personal del centro educativo, **a administrar** en caso de emergencia la medicación anticomicial a mi hijo/a **ASISTENCIA NIÑO PROHIBIDO USAR PARA** como se indica este documento.

Me **comprometo** a aportar la medicación al Centro Educativo, claramente identificada con el nombre y curso del alumno y a sustituirla en caso de cambio de tratamiento o caducidad.

Libero de toda responsabilidad a la persona que lo administre, en el caso muy improbable de que aparezca alguna complicación.

Después de administrar la medicación deberá llamar al número (teléfono familiar).....

Atentamente,

En a de de 20

FIRMAS REPRESENTANTES LEGALES	FIRMA CENTRO EDUCATIVO
D./Dña..... Padre/Madre/Tutor/Tutora D./Dña..... Padre/Madre/Tutor/Tutora	D./Dña..... Representante del centro educativo



ANEXO IV

ALERTA ESCOLAR

INSCRIPCIÓN EN ALERTA ESCOLAR

El programa '**Alerta Escolar**', está desarrollado conjuntamente por las consejerías de Salud y Educación y el Servicio Murciano de Salud'. Se establece un canal de comunicación directo entre el centro y el 061 para que, en caso de emergencia, se facilite la primera atención al alumno mientras llegan los recursos adecuados.

Este programa permite incluir a los alumnos en un archivo común del 061, de forma que, en caso de emergencia, conozcan de manera más inmediata el historial clínico e irán indicando telefónicamente cómo ayudar al alumno, además de informar del envío del recurso preciso y del tiempo que tardará en llegar.

Los escolares con patologías crónicas como cardiopatías con riesgo de muerte súbita, diabetes tipo I, crisis epilépticas y convulsiones, así como aquellos con riesgo a sufrir anafilaxias graves por picaduras de insectos y/o alergias, pueden inscribirse en este programa a través de su pediatra o médico de familia, ya que no existe límite de edad y el único requisito es que esté matriculado en un centro educativo.

Documento informativo y autorizaciones

La familia del alumno recibirá por parte del profesional sanitario:

- Documento para el 112-061.
- Un documento informativo sobre actuación de emergencias en las diferentes patologías incluidas en el programa
- La autorización de su inclusión en el Programa.
- El permiso para que los profesionales del centro educativo puedan administrarle la medicación en caso de urgencia vital.

Cita con la enfermera escolar.

Deberá pedir cita con la enfermera escolar de su Centro de Salud, ésta le informará más a fondo del Programa Alerta Escolar, comprobará que la documentación esté completa y firmada correctamente.

Posteriormente la familia **entregará en el Centro Educativo** la **documentación** junto con la **medicación** para que su hijo pueda ser incluido en el Programa.

Cambio de Centro Educativo del alumno.

En caso de cambio de centro del alumno este será dado de baja del Programa y los padres o tutores deberán acudir a su Centro de Salud y solicitar a su pediatra o médico de familia la actualización de la documentación.



D/Dña.....con DNI:
(Padre/ madre/ tutor/a legal)

D/Dña.....con DNI:
(Padre/ madre/ tutor/a legal)

AUTORIZO PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS POR PARTE DEL CENTRO EDUCATIVO CON EL FIN DE INCLUIRLOS EN EL PROGRAMA “ALERTA ESCOLAR”

En cumplimiento del Reglamento General Europeo (UE) 2016/679 y , de acuerdo con lo dispuesto en el art. 7 de la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales* van a ser tratados los datos se le informa que sus datos personales, van a ser objeto de tratamiento por parte del Programa Alerta Escolar ha suscrito un convenio/acuerdo con el Centro.....con la finalidad de coordinar la asistencia sanitaria. No podrán ser cedidos o tratados por terceras personas, físicas o jurídicas, sin el previo consentimiento del tutor o representante legal del menor, salvo en aquellos casos en los que fuere imprescindible para la correcta prestación del servicio.

El tratamiento de los datos personales de un menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de catorce años (se exceptúan los supuestos en que la ley exija la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela para la celebración del acto o negocio jurídico en cuyo contexto se recaba el consentimiento para el tratamiento).

Tratamiento de los datos de los menores de catorce años, fundado en el consentimiento, solo será lícito si consta el del titular de la patria potestad o tutela, con el alcance que determinen los titulares de la patria potestad o tutela.

Expresamente a que una copia de esta solicitud quede custodiada en el centro escolar y que sea entregada por el personal dependiente del mismo para el cumplimiento de los fines del programa ALERTA ESCOLAR. Asimismo, esta solicitud tiene que ir acompañada del Informe Médico de Escolarización.

Por todo lo anterior, el interesado acepta participar en este programa y manifiesta de forma expresa, con la firma del presente documento, haber sido informado del tratamiento que se va a dar a sus datos de carácter personal, así como de aceptar voluntariamente dicho tratamiento.

En....., a.....de.....de.....

Firma del escolar (mayor 14 años):

Firma/s de representantes legales (menor 14 años):

REVOCACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

D/Dª.....con DNI: (Padre/ madre/ tutor legal)

D/Dª.....con DNI: (Padre/ madre/ tutor legal)

Revoco la autorización anteriormente para la inclusión en el programa de ALERTA ESCOLAR en la Región de Murcia y para el tratamiento de mis datos de carácter personal.

En....., a de de

Firma del escolar (mayor 14 años):

Firma/s de representantes legales (menor 14 años):

Los datos de carácter personal serán tratados por el Servicio Murciano de Salud, cuya finalidad es la Asistencia Sanitaria y Social, Investigación y formación. Control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias. Vigilancia y control de la salud pública. Históricos, estadísticos y científicos. Finalidad basada en el cumplimiento de obligaciones legales que impone el art. 6.1.a), 6.1 c) y 6.1 e) del Reglamento General Europeo de Protección de Datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, de limitación y oposición a su tratamiento, ante el Director Gerente sito en C/Central. Edf. Habitamia nº7 30100-Murcia o en la dirección de correo electrónico: dpd-sms@carm.es. Puede consultar la información adicional en nuestra página web www.murciasalud.es/proteccion_datos