ANEXO VII

ALERTA ESCOLAR

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN DE EMERGENCIAS EN NIÑOS/AS CON CARDIOPATÍA

Alumno/a: Foto	Nombre y Apellidos: CIPA:		
	Fecha de nacimiento: Edad:		Sexo:
	Peso (Kg)	CENTRO ESCOLAR:	CURSO:
	ALERGICO A:		

UN NIÑO/A CON CARDIOPATIA PUEDE PRESENTAR ALGUNA DE ESTOS EPISODIOS:

1. FATIGA, SENSACIÓN DE MAREO O CAMBIOS DE COLORACIÓN DE LA PIEL AL REALIZAR EJERCICIO FÍSICO

Es posible que algunos niños con cardiopatía se fatiguen antes que sus compañeros o su piel adquiera una coloración pálida o azulada con el ejercicio. Los padres deben informar de las restricciones para realizar deporte que pueda tener su hijo, que deben figurar en los informes médicos. Los profesores de educación física deberían realizar en estos casos una adaptación curricular.

Qué debe hacer

Generalmente basta con:

- ✓ Permitirles descansar
- ✓ Disminuir la intensidad del ejercicio
- ✓ Si la fatiga es intensa y persistente debe **llamar al 112.**

2. PALPITACIONES (sensación de latido cardíaco rápido y fuerte)

La sensación de latido cardíaco rápido y fuerte, puede indicar la existencia de arritmias (generalmente, aumento o irregularidad del ritmo cardíaco). Sólo son capaces de referirlas los niños más mayores.

Qué debe hacer

Si el niño está realizando ejercicio, debe:

- ✓ Detenerse y descansar.
- ✓ Tomarle el pulso (número de latidos en un minuto), puede ser de utilidad para informar al médico posteriormente.
- ✓ **Llamar al 112:**
  - Si persisten las palpitaciones a pesar de descansar.
  - Si se acompañan de otros síntomas evidentes, como mareo o palidez.

3. SÍNCOPE (pérdida brusca de consciencia)

Es la pérdida brusca de conciencia, si el niño comienza a sentirse mal debe sentarse o tumbarse de inmediato para evitar la caída.

Qué debe hacer

- ✓ **Atención inmediata**
- ✓ Coloque al **niño tumbado,** con las piernas ligeramente elevadas.
- ✓ **Avise al 112** y comunique que se trata de un síncope en un paciente con cardiopatía.
- ✓ Es de utilidad que indique el tiempo que ha estado inconsciente y si ha tenido alguna otra manifestación, como cambios de color o movimientos anormales.
- ✓ Llamar a la familia al teléfono indicado en el colegio.

Qué NO debe hacer

En caso de que el paciente se recupere espontáneamente antes de la llegada de la unidad del 112, **no debe administrarle ningún líquido ni sólido por boca**.

EN LOS DOS CASOS:

- ✓ Llamar a la familia al teléfono indicado en el colegio.

D./ Dña. Nº Colegiado: Fecha:

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.

ANEXO VII

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/Dª……**con DNI:** ……,

(☐ Padre/☐ madre/ ☐ tutor/a legal)

D/Dª……**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……..del…….

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