



**DOCUMENTO PARA EL 112 /061**  
**Incorporar al programa de Educación (PLUMIER ®)**

**ANEXO V**

**ALERTA  
ESCOLAR**

**PRESCRIPCIÓN EN CASO DE HIPOGLUCEMIA**

**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**

✓ **Administrar GLUCAGON Intranasal (Baqsimi)[ ]**  
BAQSIMI, un dispositivo capaz de cogerse con 3 dedos y administrarse vía nasal para remontar las hipoglucemias moderadas o severas.

✓ **INYECTAR.....mg. de glucagón** en caso de no estar disponible en formato intranasal.

**FIRMADO**

D./Dña.:

Nº Colegiado:

Fecha:

**ANEXO V**  
**ALERTA**  
**ESCOLAR**

**DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN DE EMERGENCIAS EN CASO DE HIPOGLUCEMIA**

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

**COMO RECONOCER UNA HIPOGLUCEMIA EN UN NIÑO/A DIABÉTICO:**

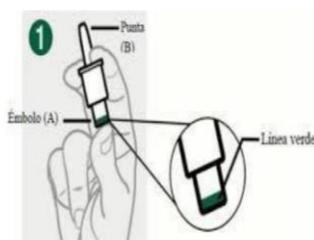
Los síntomas que suele presentar el niño/a son: sensación de hambre, sudoración fría, temblores, mareos, debilidad, dolor abdominal, cefalea (dolor de cabeza), etc.

**SI EL /LA NIÑO/A ESTÁ CONSCIENTE, QUE DEBE HACER:**

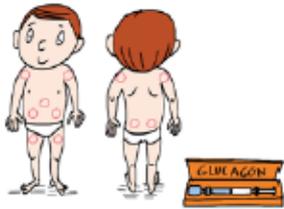
- ✓ Ofrecer un vaso de agua con dos cucharadas o dos sobres de azúcar o un zumo de frutas o un vaso de refresco azucarado. Mantenerlo en reposo.
- ✓ Si no mejora en 10 minutos repetir la misma ingesta.
- ✓ Cuando mejore, deberá comer alimentos con hidratos de carbono de absorción lenta (un sándwich o medio bocadillo) para que no se repita la hipoglucemia más tarde.

**NIÑO/A INCONSCIENTE O CONVULSIONANDO QUE DEBE HACER:**

- ✓ **NO DEBE DE TOMAR NADA POR BOCA HASTA RECUPERAR LA CONSCIENCIA.**
- ✓ Acostarlo de lado y no dejarlo solo (**POSICIÓN DE SEGURIDAD**).
- ✓ **LLAMAR AL 112** y siga las instrucciones (comunique que se trata de un niño diabético).
- ✓ **Administrar GLUCAGON Intranasal (Baqsimi)[ ]**  
BAQSIMI, un dispositivo capaz de cogerse con 3 dedos y administrarse vía nasal para remontar las hipoglucemias moderadas o severas, con ciertas características:
  - Cada glucagón nasal contiene 3 mg de producto que se administran nasalmente (polvo seco – no líquido).
  - Ya viene preparado, por lo que no es necesaria preparación, solo apretar el botón inferior para que salga el producto.
  - Es compacto, se puede transportar, no necesita estar en la nevera y es de un solo uso.
  - Se absorbe de manera pasiva, por lo que no hace falta que el paciente inhale (muy importante si la persona está en coma, aturdida o por ejemplo, tiene mocos).
  - Puede estar a temperatura ambiente, hasta 30°C.
  - Entre sus posibles efectos secundarios pueden estar el dolor de cabeza, síntomas nasales, náuseas o vómitos.



- ✓ **o INYECTAR.....mg. de glucagón** en caso de no estar disponible en formato intranasal. Si hipoglucemia (glucosa inferior a 60 mg/dl.) con pérdida de conciencia o pérdida de conciencia sin poder determinar glucemia en dicho momento, se administrará el contenido del kit GlucaGen Hypokit®.



**ADMINISTRAR GLUCAGÓN (GLUCAGEN HYPOKIT®):**  
**1- INTRODUCIR EL AGUA EN LA JERINGA EN EL VIAL DEL POLVO DE GLUCAGÓN.**  
**2- AGITAR SUAVEMENTE.**  
**3- INYECTARLO EN LAS ZONAS SEÑALADAS.**

- ✓ Si en 10 minutos no recupera el conocimiento repetir administración.

**EN LOS DOS CASOS:**

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

FIRMADO

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 V

### 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/D<sup>a</sup>.....con DNI: .....  
 (  Padre/ madre/  tutor legal)

D/D<sup>a</sup>.....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](http://www.murciasalud.es/proteccion_datos)