



DOCUMENTO PARA EL 112

Incorporar al programa de Educación (PLUMIER ®)

ANEXO VI

**ALERTA
ESCOLAR**

PRESCRIPCIÓN EN CASO DE ANAFILAXIA

Imprescindible entregar en el colegio

Nombre y Apellidos: CIPA:		
Fecha de nacimiento: Edad:		Sexo:
Peso (Kg):	CENTRO ESCOLAR:	CURSO:
ALERGICO A:		
DIAGNÓSTICO:		

Asmático/a: No Si (Riesgo alto a reacciones graves)

Medicación a administrar: Vía INTRAMUSCULAR en VASTO EXTERNO (Cara externa del muslo)

Medicación a administrar:

- Jeringa precargada autoinyector ALTELLUS/JEX[]
 - Paciente de 10 - 25 Kg administrar 0,15 mg (150 mcg)[]
 - Paciente de 25 - 45 Kg administrar 0,3 mg (300 mcg)[]

- Jeringa precargada autoinyector ANAPEN / EMERADE[]
 - Paciente de 10 - 25 Kg administrar 0,15 mg (150 mcg)[]
 - Paciente de 25 - 45 Kg administrar 0,3 mg (300 mcg)[]
 - Paciente con peso > 45 Kg administrar 0,5 mg (500 mcg)[]

FIRMADO

D./ Dña.:

Nº Colegiado:

Fecha:

ANEXO VI

ALERTA ESCOLAR

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN DE EMERGENCIAS EN UNA ANAFILAXIA

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

Asmático/a: No Si (Riesgo alto a reacciones graves)

1^{er} PASO: EVALUAR Y TRATAR

El especialista debe rellenar esta hoja.



Ronchas o habones en la cara, enrojecimiento, picor en boca o en labios.

Hinchazón de: labios, párpados, manos u otra parte del cuerpo.

Dolor abdominal, náuseas, vómitos o diarreas.

Picor de ojos o de nariz, estornudos frecuentes, mucosidad abundante, ojos rojos o lagrimeo.

Opresión en garganta, voz ronca o afónica, tos repetitiva.

ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0,15/150-0,30/300-0,5/500

Respiración dificultosa, voz entrecortada, tos seca repetitiva, ahogo, pitos, piel o labios azulados.

ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0,15/150-0,30/300-0,5/500

Palidez, pulso débil, pérdida de conocimiento, mareo, sensación de muerte inminente.

ADMINISTRAR ADRENALINA AUTOINYECTABLE: 0,15/150-0,30/300-0,5/500

2° PASO: SI SOSPECHA DE ANAFILAXIA, AVISE AL 061 ó AL 112 Y SIGA INSTRUCCIONES

- 1. NO DEJE NUNCA SOLO AL NIÑO/ADOLESCENTE.
- 2. Llame a Urgencias (Tel.: 061 ó 112) y comunique que se trata de una anafilaxia.
- 3. Llame a los padres o a los tutores legales.
- 4. Aunque no pueda contactar con los padres o con el representante legal, no dude en administrarle la medicación (deber de socorro) siguiendo instrucciones del 061 ó del 112.

Medicación a administrar: Vía INTRAMUSCULAR en VASTO EXTERNO (Cara externa del muslo)

Medicación a administrar:

Jeringa precargada autoinyector ALTELLUS/JEX[]
Paciente de 10 - 25 Kg administrar 0,15 mg (150 mcg)[]
Paciente de 25 - 45 Kg administrar 0,3 mg (300 mcg)[]

Jeringa precargada autoinyector ANAPEN / EMERADE[]
Paciente de 10 - 25 Kg administrar 0,15 mg (150 mcg)[]
Paciente de 25 - 45 Kg administrar 0,3 mg (300 mcg)[]
Paciente con peso > 45 Kg administrar 0,5 mg (500 mcg)[]

Uso de Adrenalina autoinyectable:

Agarrar la adrenalina con la mano dominante y no cambiarla de mano. Hacer los pasos siguientes. Una vez oído el click, mantener 5-10 segundos y luego dar masaje 10 segundos.

Altellus (150, 300):

1. Quitar la tapa azul.
2. Apoyar la parte naranja en el muslo y presionar hasta oír un click.



Video: <http://www.youtube.com/watch?v=1JndtEff-tw>

Anapen (150, 300, 500):

1. Quitar la tapa negra.
2. Quitar la tapa gris.
3. Apoyar la parte hueca en el muslo.
4. Apretar el botón rojo hasta oír un click.



Video: <https://www.youtube.com/watch?v=nXt7TjVoJvc>

Emerade (150, 300, 500):

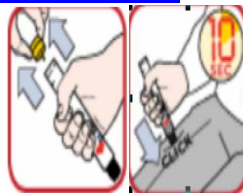
1. Quitar la tapa blanca.
2. Apoyar la parte hueca en el muslo y presionar hasta oír un click.



Video: <https://www.youtube.com/watch?v=8dLthER4YZk>

Jext (150, 300):

1. Quitar la tapa amarilla.
2. Apoyar la parte negra en el muslo y presionar hasta oír un click.



Video: <http://www.youtube.com/watch?v=MhFnwz3PEHo>

D./D ^a :
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.



AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRACIÓN DE ADRENALINA

Yo D./Dña.:(padre/ madre/ tutor/a legal),
 con DNI:..... **autorizo** al personal del centro educativo, **a administrar** en caso de
 emergencia adrenalina autoinyectable a mi hijo/a **ASISTENCIA NIÑO PROHIBIDO USAR PARA**
 como se indica en 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 DE REPRESENTANTES LEGALES	FIRMA DE REPRESENTANTE CENTRO
D./Dña..... Padre/Madre/Tutor/a	D./Dña.....
D./Dña..... Padre/Madre/Tutor/a	Representante del centro educativo



ANEXO VI

**ALERTA
 ESCOLAR**

INSCRIPCIÓN EN ALERTA ESCOLAR

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).

■ El 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