Será OBLIGATORIO enviar, en caso de ser necesaria, por email a info@gedese.net. De esta manera evitamos la entrega de documentación en mano.

Autorización para la administración de medicamentos

| | | | Fecha de nacimiento | | 7 |
|--------------------------|-------|------------------------|-------------------------|--|-------|
| Nombre completo del niño | | | (mm/dd/aaaa) | | |
| MEDICAMENTO | | | T | | |
| Nombre del medicamento | Dosis | Hora de administración | Forma de administración | Periodo de administración de medicamento | |
| | | | | Desde | Hasta |
| | | AM PM | | | |
| | | AM PM | | | |
| | | AM PM | | | |
| | | AM PM | | | |













PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE **UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA**

| Alumno: | | | Padre/Representante: | f - 1 - |
|---|---|---|----------------------------------|---|
| Peso: | Edad: | | Teléfono(s) de aviso: | foto |
| Tutor(a) / Profesor(a) |): | | | niño |
| Curso: | | | Lugar de la medicación: | |
| Alérgico/a a | | | | |
| Asmático [| No | □sí ! | Riesgo mayor para | reacciones graves. |
| | PASC | 1: EVALU | AR Y TRATAR (1) | |
| | Picazón en boca, lev alrededor de la boca hinchada | e sarpullido o labios, boca | | ADMINISTRAF A rellenar Alergólogo/Pediatra |
| 2 | Urticaria, ronchas, sa hinchazón de extrem cuerpo | arpullido, picor o iidades u otra zona | a del | |
| | Naúseas, dolores ab diarreas, vómitos. | dominales, | | |
| 4) | Picor de ojos, ojos rojo picor nasal, estornud repetición, moqueo a | os de | | |
| 5 | Garganta cerrada, ro repetitiva, lengua/párpados/lab hinchados | • | ADRENALIN | IA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30 |
| cof, cof | Respiración entrecor repetitiva, tos seca, a labios o piel azulada. | agotamiento, | ADRENALI | NA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30 |
| 7 | Pulso débil, presión a desvanecimiento, pa azulada | arterial baja, lidez, labios o piel | ADRENALII | NA AUTOINYECTABLE 0,15/0,30 |
| Ante reacciones ráp recomienda administra | idamente progresivas, aur | nque los síntomas | presentes no sean graves (los re | cogidos en las viñetas 1 a 4) se |

PASO 2: AVISAR

grave (síntomas recogidos en las viñetas 5, 6 y 7).

2) En niños con síntomas recogidos en la viñeta 7 (afectación cardiovascular) es conveniente mantenerlos tumbados boca arriba y

LLAMADA DE EMERGENCIA

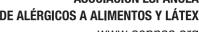
| 4 | DEIAD | NUNCA A | |
|---|------------|----------------|---------------|
| п | | MILLIMIT - W W | - (1)(|
| - | PEUAII | | JULU |

_) y comunique que es una reacción alérgica.

con los pies en alto.

3) Después de administrar la medicación SIEMPRE se debe llevar al niño a una instalación médica

3. Aun cuando el padre/representante legal no pueda ser contactado, no dude en medicar y llevar al niño a una instalación médica. 1/2



www.aepnaa.org

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN **ANTE UNA REACCIÓN ALÉRGICA EN LA ESCUELA**

AUTORIZACIÓN

| colegiado nº | por el Colegio de Médicos de | como |
|-----------------------------|--|------|
| | sado el protocolo y prescrito la medicación específica o | |
| | | |
| | | |
| Fecha y firma | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Yo, | | |
| | gal, autorizo la administración de los medicamentos qu | |
| el seguimiento de este prot | tocolo. | |
| | | |
| | | |
| Fecha y firma | | |
| | | |

"De conformidad con el artículo 195 del código Penal, se establece como delito el incumplimiento de la obligación de todas las personas de socorrer a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de terceros. Igualmente, el artículo 20 del Código Penal indica que están exentos de responsabilidad criminal los que obren en cumplimiento de un deber.

Debiendo indicarse que no existirá responsabilidad de cualquier género si en el uso del deber de socorrer, se produce alguna aplicación incorrecta del medicamento de rescate (adrenalina intramuscular) con el fin de salvar la vida del alérgico."