

ORGANIZACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN Y MEDICACIÓN DE ALUMNOS ALÉRGICOS O CON ENFERMEDADES ESPECIALES EN LA ESCUELA

**JUANA MANUELA RODRÍGUEZ SENDÍN**

En los centros educativos existe un número de alumnos alérgicos o con medicaciones especiales que hay que atender por necesidad sanitaria; por ello, hay que tener muy organizado el espacio donde se encuentran las medicinas y la documentación necesaria para que la atención a los alumnos alérgicos o con enfermedades especiales sea rápida y eficaz.

Características de la organización espacial de las medicaciones:

- Ubicación de la medicación y documentación en lugar visible y accesible para todos los docentes del centro. Nunca al alcance de los alumnos. A ser posible en la sala de profesores.

- Identificación clara y por separado de las distintas medicaciones. Se colocarán los medicamentos y la documentación en cajas separadas con el **nombre y foto** del alumno correspondiente.

- Las cajas contendrán la medicación de rescate, las instrucciones o protocolos de administración, los informes médicos (de pediatras y los alergólogos o especialistas) y las autorizaciones paternas para administrar las medicaciones. Se guardará una copia en el expediente de cada alumno.

El centro nombrará un responsable de organización de dicha medicación para comprobar, a lo largo del curso escolar, que no está caducada o terminada y para que la documentación sea la correcta en cada caja; así mismo, mantendrá al día la tabla y estará en contacto con los padres de los alumnos para cualquier cuestión referida a estos aspectos.

Todo el profesorado, y en especial los docentes que dan clase a los alumnos alérgicos o con enfermedades especiales, conocerán la ubicación de las cajas de medicación, los síntomas, los documentos y protocolos que se recogen de cada alumno para prestarles auxilio en caso de necesidad. El personal del comedor escolar, cocinera y cuidadoras, custodiarán la documentación y medicación de los alumnos, usuarios de comedor, alérgicos a alimentos o a otros alérgenos que pudieran relacionarse con sus actividades previas y posteriores a la comida y estarán preparados para administrarlas.

Siempre se avisará a la familia después de cada intervención, si los síntomas persisten después de aplicar la medicación de rescate llamar al **teléfono de emergencias 112.**

En primer lugar necesitamos tener un listado, siempre actualizado, de alumnos con alergias o con enfermedades especiales que necesitan cuidados o medicación.

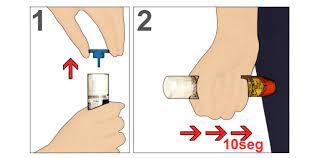
**LISTADO DE ALUMNOS ALÉRGICOS O CON ENFERMEDADES ESPECIALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALUMNOS ALÉRGICOS QUE PRECISAN, O NO, ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS** | | | | |
| ALUMNO/A  CURSO | ALERGIA | MEDICACIÓN | INFORME MÉDICO | AUTORIZACIÓN  PATERNA |
| **X** | **PICADURA DE ABEJA** | **Adrenalina**  “ALTELLUS”  300microgramos  Autoinyector precargada 1 dosis intramuscular  **CADUCIDAD: ENERO 2022**  OTRO EN EL COMEDOR | **SI**  Informe pediatra(19/10/20)  Con “ protocolo de actuación ante una reacción alérgica en la escuela”  Informe alergología  (15/10/2020) | **SI**  Autorización paterna para administrar la medicación de rescate (ADRENALINA) en el centro educativo y en el comedor escolar. |
| **X** | **MELOCOTÓN** | **Adrenalina**  “Jet” 150 Microgramos  Solución inyectable en pluma precargada  **CADUCIDAD:MAYO 2021** | **SI**  Informe alergología  (21/9/2020)  Con protocolo de actuación | **SI**  Autorización paterna para administrar la medicación de rescate (ADRENALINA) en el centro educativo. |
| **X** | **ASMA**  POR  POLEN DE GRAMÍMEAS | **Ventolín**  **Medicación y Cámara**  Con cámara :1 pulsación, respirar durante 5 segundos y repetir otra dosis respirando otros 5 “ | **SI**  Informe alergología  (6/10/2020)  Con protocolo de actuación | **SI**  Autorización paterna para administrar la medicación de rescate (VENTOLIN) en el centro educativo. |
| **X** | **PIEL DE MARIPOSA**  y **ASMA** por polen de gramíneas | **PIEL MARIPOSA**  Curar heridas: Suero fisiológico, apósito URGOTUL, gasa de MEPILEX LITE y vendaje de sujeción.  **Ventolín**  VENTOLIN:1 pulsación, respirar 5 veces y repetir otra dosis respirando igual (siempre en su mochila) | **SI**  **I**nforme del pediatra con protocolo para las curas.  Informe del dermatólogo y del alergólogo | **SI**  Autorización paterna para administrar la medicación de las curas.  Autorización paterna para administrar la medicación de rescate (VENTOLIN) en el centro educativo. |
| **X** | **ASMA**  POR  POLEN DE GRAMÍMEAS | **Ventolín**  VENTOLIN:1 pulsación, respirar 5 veces y repetir otra dosis respirando igual | **SI**  Informe reciente de alergología  (5/4/2021) | **SI**  Autorización paterna para administrar la medicación de rescate (VENTOLIN) en el centro educativo |
| **X** | **MELOCOTÓN** | **SIN MEDICACIÓN EN EL COLEGIO**  **¡EVITAR INGESTA!** | **No**  **informes médicos** | Al no tener que administrarle medicación de rescate, no tenemos autorización por escrito solo información oral. |
| **ALÉRGICOS A ALIMENTOS USUARIOS DE COMEDOR ESCOLAR** | | | | |
| **X** | **PESCADO** | **Usuaria de COMEDOR ESCOLAR tiene dieta especial.**  **¡EVITAR INGESTA!** | **Pendiente de resultados**  **definitivos** | Al no tener que administrarle medicación de rescate, no tenemos autorización por escrito solo información oral. |
| **X** | **HUEVO** | **Usuario de COMEDOR ESCOLAR tiene dieta especial.**  **¡EVITAR INGESTA!** | **SI**  Informe de alergología  (15/2/2020) | **SI**  Autorización paterna para administrar la medicación de rescate (ADRENALINA) en el comedor escolar. |
| **X** | **MARISCO** | **Usuario de COMEDOR ESCOLAR tiene dieta especial.**  **¡EVITAR INGESTA** | **SI**  Informe reciente de alergología  (15/4/2021) | **SI**  Autorización paterna para administrar la medicación de rescate (ADRENALINA) en el comedor escolar. |



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ALUMNOS CON ENFERMEDADES ESPECIALES**  **(CON O SIN MEDICACIÓN)** | | | | |
| **X** | **CONVULSIONES** | **Stesolid**  CÁNULA RECTAL: colocarle de lado, no moverlo, no objetos en boca, cánula vía rectal dejarla un poquito dentro | **SI**  Informe médico  (9/7/2017)  Protocolo de actuación | **SI**  Autorización paterna para aplicar la medicación de rescate (Stesolid) en el centro educativo |
| **X** | **NEUROFIBROMATOSIS** | Síntomas: mareo, ausencias, hiperactividad…  Si es tipo desmayo llamar al 112, sino llamar a la madre para que se lo lleve a casa.  LA MEDICACIÓN EN CASA | | |

* Ejemplos reales de alumnos del centro, por eso se omite el nombre y el curso de los mismos.
* Las medicaciones de los usuarios de comedor escolar se ebcuebtran en el comedor, debidamente etiquetados y diferenciados.



**DOCUMENTOS DE AUTORIZACIÓN**

A continuación se muestran los documentos de autorización paterna para la administración de las medicaciones , tanto en el colegio como en el comedor escolar.



**CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN CEIP………………………………………**

**Autorización para el uso de la medicación de rescate**

Tutor 1…………………………………………………………………………….….con D.N.I……………………………………..

Tutor 2………………………………………………………………………………con D.N.I………………………………………

Autorizamos a todo el personal del centro escolar: CEIP MANUEL MORENO BLANCO a administrar a nuestro hijo/a:………………………………………………………………………………………………..... la medicación de rescate que precise para su alergia………………………………………………………………….

Nos comprometemos a proporcionar al centro los informes médicos actualizados necesarios para el conocimiento de la situación sanitaria del alumno/a y a llevar al colegio la medicación y las instrucciones correspondientes para su aplicación, reponiéndola cuando fuera necesario.

Bajo nuestra responsabilidad y eximiendo al personal del centro de toda responsabilidad firmamos el presente documento.

En…………………………………… ,a día ……………. del mes………………………… y año………………

Firma Tutor 1 Firma Tutor 2

**CEIP …………………………………………………………………………………………….**

**COMEDOR ESCOLAR**

**Autorización para el uso de la medicación de rescate en el comedor escolar**

Tutor 1…………………………………………………………………………….…………………………………….con D.N.I……………………………………..

Tutor 2………………………………………………………………………………………………………………….con D.N.I………………………………………

Usuario/a alérgico: …………………………………………………………………………………………………………………….

Autorizo a todo el personal del comedor escolar del colegio

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Administrar a mi hijo/a la medicación de rescate (auto inyectable de adrenalina) que nosotros llevaremos al colegio y repondremos cuando fuera necesario.

En caso de ANAFILAXIA, cuando exista:

* Dificultad respiratoria (sensación de hinchazón en la garganta, sibilancias en el pecho (pitos), ahogo….)
* Síntomas a nivel cutáneo: enrojecimiento severo de la piel junto con picor generalizado, habones, hinchazón de labios, ojos, pómulos….)
* O en caso de pérdida de conocimiento, palpitaciones, mareo, bajada de tensión, síncope o pérdida de conocimiento repentino.

Bajo mi responsabilidad y eximiendo al personal del centro de toda responsabilidad.

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

Firma Tutor 1 Firma Tutor 2