



**ANEXO III**

**DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN DE EMERGENCIAS EN CASO DE CRISIS DE ASMA**

Alumno/a:

<b>Foto</b>	<b>Nombre y Apellidos:</b>		
	<b>CIPA:</b>		
	<b>Fecha de nacimiento:</b>		<b>Sexo:</b>
	<b>Edad:</b>		
<b>Peso:</b>	<b>Centro Escolar:</b>	<b>Curso:</b>	
<b>ALERGICO A:</b>			

**El alumno/a puede administrarse solo los inhaladores**

**El alumno/a usa cámara espaciadora para administrarse los inhaladores**

**COMO RECONOCER UNA CRISIS DE ASMA:**

Niño/a asmático que previamente está bien y aparecen uno o más de los siguientes síntomas:

- ✓ Dificultad para respirar o respiración agitada.
- ✓ Tos continúa.
- ✓ Sensación de opresión en el pecho.
- ✓ Pitos o ruidos en el pecho.



**QUE DEBE HACER**

- ✓ **Dejarle en reposo** y pedir ayuda para buscar la medicación.
- ✓ Administrar Inhalaciones de salbutamol, separadas 30 segundos entre sí.
  - Niño < 4 años: inhalador + cámara con mascarilla facial.
  - Niño > 4 años: inhalador + cámara con boquilla (sin mascarilla facial).
- ✓ **Avisar al 112** y siga las Instrucciones (comunique que se trata de un niño asmático)
- ✓ Si no mejora, repetir las inhalaciones a los 10 minutos.

**QUE NO HACER**

- ✓ Aglomerarse a su alrededor.
- ✓ Dejarle solo.
- ✓ Administrar el inhalador sin cámara.

FIRMADO:

**D./Dña.:**

**Nº Colegiado:**

**Fecha:**



## AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES

Yo D./Dña: .....(  padre/ madre/  tutor/a legal), con  
DNI:..... **autorizo** al personal del centro educativo, **a administrar** en caso de emergencia  
la medicación inhalada a mi hijo/a ..... 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 REPRESENTANTES LEGALES	FIRMA CENTRO EDUCATIVO
D./Dña..... Padre / Madre / Tutor /a  D./Dña..... Padre / Madre / Tutor /a	D./Dña.....  Representante del centro educativo