





ANEXO V

DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN DE EMERGENCIAS EN CASO DE HIPOGLUCEMIA

Del alumno/a:

Foto	Nombre y Apellidos:			
	Fecha de nacimiento – edad:		Sexo:	
	Peso:	Centro Escolar:	Curso:	
	ALERGICO A:			

COMO RECONOCER UNA HIPOGLUCEMIA EN UN NIÑO/A DIABÉTICO:

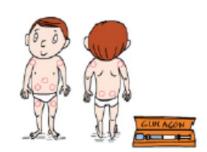
Los síntomas que suele presentar el niño/a son: sensación de hambre, sudoración fría, temblores, mareos, debilidad, dolor abdominal, cefalea (dolor de cabeza).....

NIÑO/A 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 INCOSCIENTE 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)
- ✓ INYECTAR mg de GLUCAGON. Si hipoglucemia (glucosa inferior a 70 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 Glucagon (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.

FIRMADO
D./Dña
Pediatra. n°Colegiado
Fecha:







AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRACIÓN DE GLUCAGÓN EN CASO DE HIPOGLUCEMIA

Yo D./Dña:	(padre/ madre/ tutor legal), con				
DNI: autorizo al personal de	el centro educativo, a administrar en caso de				
emergencia el contenido del kit Glucagen	Hipokit a mi hijo/a (nombre del niño/a)				
	como se indica 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.					
L ibero 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 de de de 20					
FIRMADO	FIRMADO				
D./Dña	D./Dña				
Padre / Madre / Tutor	Representante del centro educativo				