

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®.
- ✓ Si en 10 minutos no recupera el conocimiento repetir administración.



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.

EN LOS DOS CASOS:

- ✓ Llamar a la familia al teléfono indicado.

FIRMADO

<p>D./Dña.....</p> <p>Pediatra. n°Colegiado.....</p> <p>Fecha:</p>
--



AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRACIÓN DE GLUCAGÓN EN CASO DE HIPOGLUCEMIA

Yo D./Dña:(padre/ madre/ tutor legal), con
DNI:..... **autorizo** al personal del 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.

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

FIRMADO

D./Dña.....
Padre / Madre / Tutor

FIRMADO

D./Dña.....
Representante del centro educativo