

**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>Fecha de nacimiento – edad:</b>		<b>Sexo:</b>
	<b>Peso:</b>	<b>Centro Escolar:</b>	<b>Curso:</b>
	<b>ALERGICO A:</b>		

El alumno/a puede administrarse solo los inhaladores  SI  NO

El alumno/a usa cámara espaciadora para administrarse los inhaladores  SI  NO

**COMO RECONOCER UNA CRISIS DE ASMA:**

En un niño asmático que previamente esté bien y aparezcan uno o más de los siguientes síntomas:

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

**QUE DEBE HACER** (ver 'Primera actuación ante urgencias en centros educativos' (pag.36-40) :

- ✓ **Dejarle en reposo** y pedir ayuda para buscar la medicación.
- ✓ Administrar..... Inhalaciones de SALBUTAMOL, separadas 30 segundos entre sí.
  - o Niño < 4 años: inhalador + cámara con mascarilla facial.
  - o 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..... Pediatra.. n°Colegiado.... Fecha: .....
---

## AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL ESCOLAR ADMINISTRACIÓN DE INHALADORES

Yo D./Dña: .....(  padre/ madre/  tutor legal), con  
DNI:..... **autorizo** al personal del centro educativo, **a administrar** en caso de  
emergencia la medicación inhalada a mi hijo/a (nombre del niño/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 .....

FIRMADO

D./Dña.....  
Padre / Madre / Tutor

FIRMADO

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