

**ANEXO V**

**DOCUMENTO INFORMATIVO SOBRE ACTUACIÓN DE EMERGENCIAS EN CASO DE HIPOGLUCEMIA**

<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>		

**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 GLUCAGÓN (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**

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 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