



COMUNICACIÓ DE MALALTIA CRÒNICA

CURS 24-25

NOM DE L'ALUMNE/A _____ **CURS** _____

MALALTIA: _____

Segons la **RESOLUCIÓ d'1 de setembre de 2016**, de la Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport, i de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es dicten instruccions i orientacions d'atenció sanitària específica en centres educatius per a regular l'atenció sanitària a l'alumnat amb problemes de salut crònica, en horari escolar, l'atenció a la urgència previsible i no previsible, així com l'administració de medicaments i l'existència de farmàcies en els centres escolars, s'han de complir i aportar de forma obligatòria els annexos V, VI, VII.

ANNEX V

SOL·LICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE PER A SUBMINISTRAR MEDICACIÓ O UNA ALTRA ATENCIÓ EN HORARI ESCOLAR

Sr/Sra _____, amb NIF _____, amb domicili als efectes de notificació en _____, localitat _____, CP _____, província de/ d' _____, telèfons _____ i correu electrònic _____;

pare, mare, tutor/tutora legal de l'alumne/alumna _____ del curs _____ grup _____;

SOL·LICITA:

A la persona responsable de la direcció del centre educatiu que arbitre els mitjans necessaris per a administrar la medicació/l'atenció específica, segons la prescripció i indicacions mèdiques que s'adjunten.

Documentació que s'aporta (OBLIGATORI):

- Informe mèdic amb diagnòstic i tractament que s'ha de seguir en horari escolar (annex VI).
- Consentiment informat (annex VII).

El Puig, a _____

Signat _____ NIF _____



ANNEX VI

PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN TEMPS ESCOLAR

El/la menor ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

- Nom i cognoms de l'alumne o alumna: _____
- Medicació (nom comercial del producte): _____
- Dosi: _____
- Hora d'administració: _____
- Procediment/via per a la seua administració: _____
- Duració del tractament: _____
- Indicacions específiques sobre conservació, custòdia o administració del medicament:

- Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu que prescriu el tractament: _____

Data: _____ Telèfon de contacte del centre de salut de referència per a este tipus d'incidències: _____

Signat _____ Núm. Col·l. _____

ANNEX VII

CONSENTIMENT INFORMAT DEL PARE, MARE O TUTOR/A LEGAL

Sr/Sra _____ amb domicili a _____
telèfons de contacte _____ i NIF _____, en
qualitat de pare, mare o tutor/tutora legal de l'alumne/ alumna _____:

Indica que ha sigut informat pel metge o la metgessa, Sr/Sra. _____
col·legiat/col·legiada núm. _____, de tots els aspectes relatius a l'administració
de la medicació prescrita a l'alumne/alumna en temps escolar i dóna el seu consentiment per
a la seua administració en el centre educatiu pel personal no sanitari.

Esta autorització podrà ser revocada per mitjà de comunicació escrita a la persona
responsable de la direcció del centre docent

El Puig, a _____

Signat _____ NIF _____