










Colegios Zola
Las Rozas

SERVICIO DE ENFERMERÍA ESCOLAR

SCH   L
N U R S E S



FUNCIÓN ASISTENCIAL

-  Gestiona los casos e interviene en problemas de salud potenciales y actuales
-  Previene, detecta y realiza el triaje precozmente
-  Asesora como especialista, planifica y ejecuta los cuidados de salud
-  Valora y actúa ante emergencias
-  Administra tratamientos y medicaciones
-  Diseña e implementar protocolos y guías de acción específicos adaptados al Centro y los alumnos
-  Da continuidad de cuidados, supervisa la adecuación de la alimentación junto con Comisiones de Comedor



¿QUÉ SOMOS Y QUÉ NO?

El servicio de enfermería o el colegio, **no es un servicio o lugar de cuidado o guardería de niños enfermos**, por tanto por el bienestar de ellos y sus compañeros, se ruega a las familias:

1. **NO traer** al niño al colegio si encuentra o se sospecha puede estar enfermo, debe acudir antes a su centro de salud o pediatra para que le indique si éste puede o no acudir al Centro y, en su caso, que tratamiento debe seguir.
1. **Comunicar** siempre al servicio de enfermería si el niño **está siguiendo ya algún tratamiento** o se le ha administrado algún medicamento o antitérmico..., dosis administrada y hora de toma para evitar que se le administren otros medicamentos previamente autorizados, en caso de que no se pueda contactar con los padres/tutores.

En caso de emergencia en el Colegio el enfermero, hasta llegada de ambulancia o médicos de urgencias, es la **autoridad pública competente** en materia de salud, y será quien determine la gravedad o protocolo de urgencias a seguir, pero en ningún caso puede asumir las funciones de médico o pediatra de familia.

FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA ESCOLAR



Importante:

Es muy importante si aún no lo ha realizado o hay algún cambio, que **entre en la plataforma** para **completar su ficha de salud** y así:



Consultar

FICHAS SALUD

1. **Cumplir con la legalidad de almacenar los consentimientos previos** específicos para la atención sanitaria en caso de urgencia o necesidad puntual, así como otros sobre protección de datos personales.
2. **Confirmar los detalles** y que la enfermera pueda disponer de ellos y conocer mejora cualquier aspecto o preocupación que podáis tener.
3. **Dispongáis de un canal directo** y acceso a todo el historial de vuestro hijo.
4. Es la vía más sencilla **para transmitir de forma segura datos o documentos** con este servicio (subir una receta, informe médico, etc.) conforme a las exigencias de seguridad de la nueva normativa.



Registro / Admon.

MED. / TTOS.

También es la vía más cómoda, segura y eficiente para **solicitar la administración de un medicamento o tratamiento puntual o crónico** (larga duración) a vuestros hijos/as desde la **SECCIÓN MEDICAMENTOS** de su ficha, con un simple clic y poder adjuntar foto de receta o informe médico.

Medicaciones o controles

REQUISITOS FORMALES PARA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL COLEGIO PAUTADOS POR EL PEDIATRA (tratamiento puntual o crónico)

1. Copia de la receta médica de la S.S. o en el caso de que el médico sea privado la prescripción original o bien fotocopia, que podrá subir a la mencionada plataforma SNAPP, junto con detalle de la dosis, horario y pautas a seguir e inicio y fin del tratamiento, de forma que quede registrado la Autorización expresa para administrar dichos medicamentos o tratamientos.

2. Autorización para administrar medicamentos. Deberá validar en esta plataforma segura y confidencial su autorización expresa.

Autorización escrita para administrar medicamentos
 LE RECOMENDAMOS QUE SI LO PREFERE PUEDA FORMALIZAR ESTA PETICIÓN VIA [SNAPP](https://www.snapp.es)

Debe adjuntarse a la ficha de salud del alumno y complementarse en el apartado MEDICACIONES/ENFERMERÍA, donde podrá adjuntar foto de receta, o en DOCUMENTACIÓN informe médico, protocolo específico o planes de cuidados.

Yo, D.D./D.A. _____, en su nombre de alumno, por favor comunicarme y entregar en mano con la madre/padre/tutor del: _____, curso _____, para la administración de los medicamentos que se detallan a continuación.

Nombre alumno: _____ DNI: _____
 Curso: _____

Autorizo a que se le administre medicación (pautada puntual o para tratamiento crónico, o de emergencia necesaria en su caso), así como se le administre los cuidados, protocolos y/o pruebas necesarias de control y/o tratamiento pautados POR FACULTATIVO MÉDICO, y que por tanto me comprometo a facilitar con anterioridad, bien en persona o vía telefónica o al personal designado (profesores/tutores/formadores) con suficiente antelación:

Informe médico o copia de la receta. Que indique claramente el:

- Nombre del medicamento _____ (1ª toma) _____ (2ª toma)
- Dosis a ser tomada _____
- Inicio y fin del tratamiento _____

Medicación en su envase original en correctas condiciones de conservación y etiquetado para que se quede en el Colegio durante el tratamiento, y/o que cada día se vaya a volver al colegio a casa.

Copia de Receta o Foto de Cuidados Fotografiada por Facultativo que la prescribió.

Este autorizado por correo receta (foto original, escaneada) podrá presentarse en SNAPP y será válida y accesible en cualquier momento o momento de emergencia, preferentemente en caso de ausencia de facultativo.

De comunicar que los datos están prohibidos en un futuro por el mismo derecho o si no estuviera autorizado para utilizar los datos almacenados en el sistema de información de salud, mediante el consentimiento informado que se adjunta en el momento de la inscripción en el sistema de información de salud, en caso de no haberse informado y de aceptar la política de privacidad y el consentimiento informado de los datos personales, el consentimiento informado de los datos personales y el consentimiento informado de los datos personales.

Este es un medicamento de uso exclusivo de la familia de los niños. Este medicamento es suministrado en el momento de la inscripción en el sistema de información de salud, en caso de no haberse informado y de aceptar la política de privacidad y el consentimiento informado de los datos personales, el consentimiento informado de los datos personales y el consentimiento informado de los datos personales.

Firmado por el/los padres/madres/tutores: _____

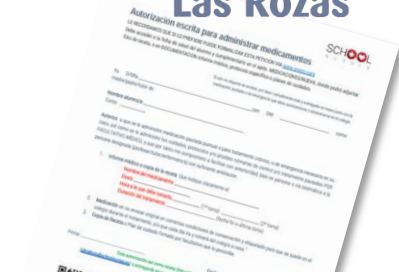
ACCESO QR

DE PADRE/MADRE/TUTOR

Date: April 10, 2019
 Aptus Medical Arts
 W.E. Hansen
 123 Hospital Pl. Suite 2
 Sunnyside, NY 10004
 Age: 29
 WT: 135 lbs

Name: Henry Hightower, MD
 Address: 1111 1st Ave. Pl.
 Rx: Lorazepam 50 milligram Tabs, Dispense #30
 Sig: Take one by mouth daily in the morning for blood pressure control
 Refill 6 (six) times
 Generic Substitution: OK
 Signature: W.E. Hansen, MD
 DEA #: _____

CERRAR



Normativa y autorizaciones

El personal sanitario sigue normativas especiales que además del especial cuidado con los datos de carácter personal y la privacidad del paciente y las familias obliga, entre otros, a **registrar, archivar y custodiar todo tipo de intervención realizada** de forma segura, además de historiales, informes y cualquier documentación que nos quiera facilitar, consentimientos y autorizaciones, etc..

Por ello se le pedirá que **conozca la normativa de uso**, y que utilice en la medida de lo posible la plataforma segura y específica para la gestión de estas obligaciones SNAPP.

Por **cumplimiento normativo y seguridad de alumno, no se podrá administrar ningún medicamento por personal no sanitario o prestar ninguna atención no urgente a alumnos** que no figuren como validados por vosotros en dicho aplicativo.

Por lo que, en esos casos, si no tenemos dichos consentimientos o datos, debemos pedirlos que vengáis al Centro a recoger a vuestros hijos o a darles vosotros mismos dichas medicaciones, con la consiguiente pérdida de tiempo para vosotros y ellos mismos.

Completar la ficha de
salud de su hijo, le
llevará solo

10 minutos.

GRACIAS