



Ref: ENF2-2023-09-GM-so-01

Orig: ES

Übersetzung DE

Aktionprotokoll für Schüler mit chronischen Krankheiten

Alicante, September 2023

Ziel dieses Protokolls ist es, an der Schaffung eines normalen Umfelds für Schüler mit chronischen Gesundheitsproblemen mitzuwirken, indem in der Europäischen Schule Alicante (EEA) Anweisungen zur Verstärkung der Sicherheit und Wachsamkeit in diesen Fällen festgelegt werden, und zwar in Anlehnung an die in der Entschließung des Regionalministeriums für Bildung, Forschung, Kultur und Sport und des Regionalministeriums für allgemeine Gesundheit und öffentliche Gesundheit vom 13. Juni 2018 festgelegten Anweisungen.

Dieses Protokoll ergänzt die bereits an der Schule erstellten Protokolle für Notfallsituationen und gesundheitliche Notfälle während der Schulzeit sowie das Protokoll für die Verabreichung von Medikamenten während der Schulzeit.

Gemäß der oben genannten Entschließung werden chronische Krankheiten als organische und funktionelle Störungen definiert, die eine Änderung der Lebensweise des Einzelnen erfordern und die seit langem bestehen und wahrscheinlich auch weiterhin bestehen werden.

Dazu gehören zum Beispiel Asthma, Diabetes, Epilepsie, Allergien usw.

Maßnahmen, die vom FSS vor und zu Beginn eines jeden Schuljahres zu ergreifen sind:

- Woche vor Kursbeginn: Auf der Basis der Angaben, die die Familien oder gesetzlichen Vertreter der Schüler bei der jährlichen Anmeldung machen, führt die Schule ein Verzeichnis der Schüler mit chronischen Krankheiten.
- Erste Woche des akademischen Jahres: Die Schule fordert von den Familien oder den gesetzlichen Vertretern der an der Schule eingeschriebenen Schüler mit chronischen Gesundheitsproblemen den Gesundheitsbericht und die ärztliche Verordnung (Anhang IV) des normalerweise für die Gesundheit des Schülers zuständigen Arztes über die Gesundheitszustände an, die eine besondere medizinische Versorgung während des Aufenthalts an der Schule erfordern.
- Zweite Woche des Schuljahres: Die Schule übermittelt dem Koordinator des Referenzzentrums für Gesundheit der Schule eine Liste der Schüler mit chronischen Krankheiten, die während der Schulzeit eine besondere medizinische Versorgung benötigen, sowie die ärztlichen Berichte der einzelnen Schüler.
- Zweite Woche des Schuljahres: Falls der Schüler während der Schulzeit die Verabreichung von Medikamenten oder eine andere medizinische Versorgung benötigt und der Arzt der Ansicht ist, dass dies von einer Person ohne medizinische Qualifikation durchgeführt werden kann, organisieren die Familie oder die gesetzlichen Vertreter die Aufbewahrung, den Zugang und die Verabreichung der Medikamente in Zusammenarbeit mit allen Fachkräften der Schule und befolgen die Anweisungen des Arztes in Anhang IV.
- Wenn im Laufe des Schuljahres ein neuer Schüler in die Schule kommt und eine besondere Gesundheitsversorgung benötigt, informiert die für die Schulleitung verantwortliche Person den Koordinator des Gesundheitszentrums, damit die

Bedürfnisse des Schülers beurteilt werden können und das Protokoll für die besondere Gesundheitsversorgung der Schule erstellt werden kann.

Nachdem das Referenzgesundheitszentrum den Bedarf ermittelt und das **Protokoll für die spezifische Gesundheitsversorgung der Schule erstellt hat**, werden in der letzten Septemberwoche die Person, die das Gesundheitszentrum koordiniert, und die für die Schulleitung zuständige Person informiert:

- Organisiert die Entwicklung und Umsetzung des Protokolls für die schulische Gesundheitsvorsorge Schulspezifische Gesundheitsvorsorge für das Schuljahr.
- Füllt das Schulalarmregister (Anhang III) für Schüler mit chronischen Krankheiten oder anderen gesundheitlichen Problemen aus.
- In Übereinstimmung mit dem ermittelten Gesundheitsbedürfnissen plant Sie die spezifische Gesundheitsschulung für die Fachkräfte des Bildungszentrum.
- Sie sorgt für die Sensibilisierungs- und organisatorische Maßnahmen in der Schule.



ANEXO IV
INFORME DE SALUD Y PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE
MEDICAMENTOS EN HORARIO ESCOLAR

DATOS DEL ALUMNO / DE LA ALUMNA:

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

El alumno / la alumna debe recibir en horario escolar la siguiente medicación:

| Medicación (nombre comercial del producto) | Dosis | Hora de administración | Procedimiento/ vía para su administración | Duración del tratamiento | Indicaciones específicas sobre conservación, custodia i administración del medicamento |
|---|-------|------------------------|--|--------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Recomendaciones de actuación y otras observaciones:

Facultativo o facultativa que prescribe el tratamiento:

Fecha:

Firmado

Núm. colegiado/colegiada:



ANEXO V
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A LEGAL
Y
SOLICITUD A LA PERSONA RESPONSABLE DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO
PARA SUMINISTRAR MEDICACIÓN
U OTRA ATENCIÓN SANITARIA EN HORARIO ESCOLAR

Sr./Sra. _____
 con NIF: _____, con domicilio a los efectos de notificación en

 localidad _____ CP _____ provincia _____
 teléfonos _____ / _____ / _____
 correo electrónico _____
 padre, madre, tutor / tutora legal del/de la alumno/alumna
 _____ del curso _____ grupo _____
 del centro educativo _____
 de la localidad de _____

Indica que ha sido informado/a por el médico / por la médica, Sr./Sra.

 colegiado/colegiada núm. _____ de todos los aspectos relativos a
 la administración de la medicación prescrita al alumno/a la alumna en horario escolar y da
 su consentimiento para su administración en el centro educativo por el personal no
 sanitario, y

SOLICITA

A la persona responsable de la dirección del centro educativo que arbitre los
 medios necesarios para administrar la medicación / la atención específica, según la
 prescripción e indicaciones médicas que se adjuntan.

Esta autorización podrá ser revocada previa comunicación escrita a la persona
 responsable de la dirección del centro docente.



Documentación que se aporta (OBLIGATORIO): informe de salud y prescripción médica para la administración de medicamentos en horario escolar (anexo IV).

_____, _____, de _____, 20__

Firmado _____ NIF _____