

PROTOCOLO ESCOLAR ANTE UNA CRISIS CONVULSIVA

ALUMNE:		Padre/Representante:
Edad	Peso:	Teléfono de aviso:
Centro escolar:		Profesor(a)
Curso		Medicación

PASO 1: EVALUACIÓN - IDENTIFICACIÓN - MEDIDAS BÁSICAS

1.- RECONOCER LA CRISIS COMO ACTIVA:

- **INCONSCIENTE:** Alteración del nivel de conciencia
- **RÍGIDO:** Aumento del tono muscular: generalizada, de un lado del cuerpo, cara...etc
- **CON O SIN SACUDIDAS:** movimientos tónicos, clónicos, mioclónicos.
- **APERTURA OCULAR:** con o sin rotación de los mismos, MIDRIASIS



2.- COLOCAR EN POSICIÓN DE SEGURIDAD

- **DE LADO (Decúbito Lateral)**
- **EN EL SUELO,** sin objetos alrededor. Escriba para introducir texto
- **CRONOMETRAR EL TIEMPO DE DURACIÓN**



PASO 2: AVISAR. LLAMADA DE EMERGENCIA TELF: 061

- **LLAMAR A URGENCIAS (Telé 061)** y comunique que tienen una Crisis Convulsiva **SIN ABANDONAR AL NIÑO**
- Avisar a los padres o representantes legales y aunque no se localicen **no dude en Administrar medicación al niño**

PASO 3: TRATAMIENTO SI DURACIÓN > 3 MINUTOS



BUCCOLAM ORAL: Entre mejilla y dientes

- Azul (5 mg): 1-5 años
- Morado (7,5 mg): 5-10 años
- Naranja (10 mg): 10-18 años



STESOLID VÍA RECTAL

- < 20 KG: 5 mg
- > 20 kg: 10 mg

AUTORIZACIÓN MEDICA

EL Dr. _____ Colegiado nº _____
por el Colegio de Médicos de _____ y especialista en
_____ he revisado el protocolo y prescribo la medicación específica.

En _____ a ____ de ____ de 20__

AUTORIZACION PATERNA

Yo, _____, con DNI _____
autorizo como padre/madre/tutor legal de _____
la administración de los medicamentos que constan en este protocolo.

En _____ a ____ de ____ de 20__