



Pla personalitzat d'atenció a l'infant amb al·lèrgia alimentària i/o al làtex

Dades de l'infant

Nom i cognoms

Data de naixement

Targeta sanitària (codi d'identificació personal, CIP)

Professional de l'organització de l'activitat responsable d'administrar la medicació

Nom i cognoms

Aula

Telèfon

Al·lèrgies

Medicació prescrita

Síntomes i actuació

Telèfons d'emergència

112 Emergències

061 CatSalut Respon

Telèfons d'avís a la família

Nom pare, mare, tutor/a



Informe mèdic d'un infant amb al·lèrgia alimentària i/o al làtex que participa a una activitat de la campanya de vacances d'estiu

Dades Personals

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a de l'infant

DNI, NIE o passaport

Telèfon

Nom i cognoms de l'infant amb al·lèrgia alimentària i/o al làtex

Nº Targeta Sanitària (CIP)

Dades de l'activitat d'estiu

Nom de l'activitat d'estiu

Codi

Adreça

Codi Postal

Districte

Dades mèdiques

Nom de l'hospital o centre mèdic que controla l'infant

Nom i cognoms del metge/essa responsable

Nom i cognoms de l'infermer/a responsable

Data de diagnosi de l'al·lèrgia

Tipus d'aliments i/o materials a què és al·lèrgic (cal indicar si es produeix per contacte, ingestió i/o inhalació)

Reaccions al·lèrgiques que pot presentar i tractament que cal administrar

Centre mèdic al qual caldria traslladar l'infant en cas de reacció anafilàctica

Lloc i data

Signatura pare, mare, tutor/a

Signatura del/la metge/ssa i núm. de col·legiat

D'acord amb la normativa de protecció de dades us informem, i en presentar aquest informe consentiu, que les vostres dades personals i les del vostre fill/a seran tractades per l'entitat _____, organitzadora de l'activitat, amb la finalitat d'elaborar un pla personalitzat d'atenció per al vostre fill/a per tal que el personal autoritzat li pugui administrar medicaments d'acord amb la prescripció mèdica, legitimada en base a al vostre consentiment. **[Tret d'obligació legal, les vostres dades i les del vostre fill/a no seran cedides a tercers]**¹. Les vostres dades i les del vostre fill/a seran eliminades un cop acabada l'activitat d'estiu. Teniu dret a accedir, rectificar i suprimir les vostres dades i les del vostre fill/a, així com altres drets sobre les mateixes. Podeu consultar informació addicional sobre aquest tractament i protecció de dades a _____. Així mateix, en compliment de la Llei de Serveis de la Societat de la Informació 34/2002 de 11 de juliol, us indiquem que en informar el camp telèfon ens autoritzeu a emprar aquest mitjà per la realització de comunicacions directament relacionades amb la finalitat indicada. ¹Això es posarà si NO es cedeixen les dades a l'entitat PROMOTORA de l'activitat. En cas contrari s'haurà d'especificar a quin a entitat es cedeixen i amb quina finalitat.

Aquest document només serà vàlid durant la participació a les activitats d'estiu d'aquest any
Cada any que l'infant participi en una activitat d'estiu, s'entregarà novament aquest document i la medicació



Sol·licitud i autorització d'administració de medicaments als infants de la campanya de vacances d'estiu amb al·lèrgies alimentàries i/o al làtex

Dades Personals

Nom i cognoms del pare, mare o tutor/a de l'infant

DNI, NIE o passaport

Telèfon

Nom i cognoms de l'infant amb al·lèrgia alimentària i/o al làtex

Nº Targeta Sanitària (CIP)

Dades de l'activitat d'estiu

Nom de l'activitat d'estiu

Codi

Adreça

Codi Postal

Districte

Sol·licito

Que l'organització de l'activitat:

- Tingui accessible l'auto-injector d'adrenalina perquè, en cas d'anafilaxi (crisi al·lèrgica greu), aquest s'administri al meu fill/a per part del/de la professional autoritzat, d'acord amb la prescripció mèdica
- En cas de reacció al·lèrgica lleu o moderada, administri al meu fill/a la dosi de medicació prescrita i indicada a l'informe del metge/ssa

Autoritzo

L'administració d'adrenalina, antihistamínics i/o broncodilatadors al meu fill d'acord amb la pauta explícita en l'informe del metge que hem facilitat a l'entitat.

Lloc i data

Signatura pare, mare, tutor/a

Signatura del/la metge/essa

D'acord amb la normativa de protecció de dades us informem, i en tramitar aquesta sol·licitud consentiu, que les vostres dades personals i les del vostre fill/a seran tractades per l'entitat _____, organitzadora de l'activitat, amb la finalitat d'elaborar un pla personalitzat d'atenció per al vostre fill/a per tal que el personal autoritzat li pugui administrar medicaments d'acord amb la prescripció mèdica, legitimada en base a al vostre consentiment. **[Tret d'obligació legal, les vostres dades i les del vostre fill/a no seran cedides a tercers]**. Les vostres dades i les del vostre fill/a seran eliminades un cop acabada l'activitat d'estiu.

Teniu dret a accedir, rectificar i suprimir les vostres dades i les del vostre fill/a, així com altres drets sobre les mateixes. Podeu consultar informació addicional sobre aquest tractament i protecció de dades a _____.

Així mateix, en compliment de la Llei de Serveis de la Societat de la Informació 34/2002 de 11 de juliol, us indiquem que en informar el camp telèfon ens autoritzeu a emprar aquest mitjà per la realització de comunicacions directament relacionades amb la finalitat indicada.

¹Això es posarà si NO es cedeixen les dades a l'entitat PROMOTORA de l'activitat. En cas contrari s'haurà d'especificar a quin a entitat es cedeixen i amb quina finalitat.

Aquest document només serà vàlid durant la participació a les activitats d'estiu d'aquest any.

Cada any que l'infant participi en una activitat d'estiu, s'entregarà novament aquest document i la medicació.

Espai reservat als organitzadors de l'activitat

Nom del CAP més pròxim al punt on es duu a terme l'activitat

Adreça del CAP

Nom i adreça del centre hospitalari més pròxim

Districte

Direcció de l'organització de l'activitat d'estiu