



Pla personalitzat d'atenció a l'infant amb diabetis

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

Tipus d'insulina que se li administra

Síntomes i actuació

Vials de glucagó que cal administrar-li en cas d'hipoglucèmia amb pèrdua de coneixement

Telèfons d'emergència

112 Emergències

061 CatSalut Respon

Telèfons d'avís a la família

Nom del pare/mare o tutor/a



Sol·licitud de control de glucosa als infants amb diabetis que participen a les activitats de vacances d'estiu i autorització d'administració d'insulina

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 diabetis de tipus 1 (DM1) N° Targeta Sanitària (CIP)

Dades de l'activitat d'estiu

Nom de l'activitat d'estiu

Adreça

Districte

Codi Postal

Sol·licito

A l'organització de l'activitat d'estiu que, en l'espai de migdia, se li controli la glucosa i se li administri la insulina d'acord amb la pauta explicada en l'informe clínic que adjunto (model estàndard)

Autoritzo

L'administració d'insulina d'acord amb la pauta explicada en l'informe clínic que s'adjunta

Lloc i data

Signatura pare, mare, tutor/a

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, legítimada 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 entitat es cedeixen i amb quina finalitat.

Aquest document només serà vàlid mentre l'infant no sigui autònom/a per atendre les seves necessitats de control de la diabetis.

Quan s'hagi de modificar les pautes de tractament, cal comunicar-ho mitjançant un informe clínic (model estàndard).

Espai reservat als organitzadors de l'activitat

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

Adreça del CAP

Districte

Codi postal

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



Sol·licitud i autorització d'administració de glucagó als infants amb diabetis de la campanya d'activitats 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 diabetis de tipus 1 (DM1) N° Targeta Sanitària (CIP)

Dades de l'activitat d'estiu

Nom de l'activitat d'estiu

Adreça

Districte Codi Postal

Sol·licito

A l'organització de l'activitat d'estiu que tingui accessible l'estoig de glucagó i que, en cas d'hipoglucèmia greu (pèrdua de coneixement), se li administri la dosi que indica l'informe clínic que s'adjunta i que està indicada a la capsa de l'estoig que es lliura al centre. En aquest cas no s'ha d'administrar res per via oral.

Autoritzo

L'administració d'insulina d'acord amb la pauta explicitada en l'informe clínic que s'adjunta

Lloc i data

Signatura pare, mare, tutor/a

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]**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 entitat es cedeixen i amb quina finalitat.

Aquest document només serà vàlid durant la participació a l'activitat d'aquest estiu.

Annualment renovarem aquest document i el glucagó a l'organització de l'activitat d'estiu d'aquell any

Espai reservat als organitzadors de l'activitat

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

Adreça del CAP

Districte Codi postal

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