Órdenes médicas del CMCSS y aportes de los padres para la alimentación por sonda en la escuela

Año lectivo 20__-20__ Escuela: _____ Grado: _____

Estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **Diagnóstico:** _____

TIPO DE DISPOSITIVO DE ALIMENTACIÓN

❑ Sonda nasogástrica

❑ Sonda de gastrostomía

Tipo: _____ Tamaño: _____

❑ Tubo de yeyunostomía o ❑ Tubo de gastroyeyunostomía

Tipo: _____ Tamaño: _____

FECHA/EDAD DE COLOCACIÓN DE SONDA DE ALIMENTACIÓN**:**

_____

LÍQUIDOS/ALIMENTOS ORALES

❑ NPO (Nada por la boca)

❑ Líquidos *solo* por vía oral

❑ Consistencia modificada:

Tipo de líquido: _____

Tipo de comida: _____

❑ Sin restricciones ni modificaciones de alimentos y bebidas

ALIMENTACIÓN CON FÓRMULA

Tipo: _____ ❑Premezclados/preparados por padres

Cantidad: _____ Horario(s): _____

❑ Líquidos adicionales por sonda:

❑Agua libremente ❑otros: _____

Cantidad: _____ Horario(s): _____

METODO

❑ Bolo/Jeringa ❑ Gravedad ❑ Bomba

Tipo de bomba: _____

Tasa de flujo: _____mL/hr

❑ **SE REQUIERE DESCARGA**

Cantidad: _____

❑ antes de alimentar

❑después de alimentar

OTRAS INSTRUCCIONES

* El estudiante debe permanecer en posición vertical durante 30 minutos después de comer.

RESIDUAL

❑ No es necesario realizar comprobación residual

❑ Comprobar residual:

Alimentar si residual <_____ Mantener si residual >_____

COMPLICACIONES

Opción de alimentación alternativa en caso de mal funcionamiento de la bomba: _____

Sonda obstruida:

_____

Si la sonda g se sale, la enfermera de la escuela puede volver a insertarla: Enjuague el dispositivo con agua tibia, desinfle el balón si es necesario o utilice un dispositivo de reemplazo proporcionado por la familia. Aplique gel lubricante en el extremo del dispositivo. Vuelva a insertar el dispositivo con CUIDADO en la abertura de la estoma. Si encuentra resistencia al intentar reinsertarlo, NO fuerce el dispositivo de reemplazo dentro del estoma. Cubra el lugar con una gasa estéril seca y asegúrelo con cinta adhesiva. Notifique a los padres y a la enfermera. NO infle el balón ni alimente hasta que lleguen los padres y verifiquen la colocación enjuagando la sonda gástrica o extrayendo el contenido del estómago.

Si la sonda G tiene menos de 8 semanas (NO LA REEMPLACE): Notifique a los padres y a la enfermera sobre el desplazamiento de inmediato. Cubra el lugar con una gasa o una toalla de papel para ayudar con la filtración. Los padres deberán recoger al estudiante y llevarlo a ver al médico para el reemplazo de la sonda gástrica antes de usar la sonda gástrica en el entorno escolar.

**Si los padres/tutores no están disponibles, se puede llamar al servicio médico de urgencia cuando sea necesario y a discreción de las enfermeras.*

❑ Marque la casilla si el padre solicita que la enfermera de la escuela no intente preservar el tracto. El personal notificará a los padres inmediatamente si la sonda gástrica se sale y el padre vendrá y la reemplazará.

Autorización del proveedor de atención médica autorizado para el manejo de la alimentación por gastrostomía en la escuela

Mi firma a continuación autoriza las órdenes escritas anteriores. El personal de la escuela puede llamarme con respecto a las recomendaciones anteriores. Estaré monitoreando el estado de salud actual de este paciente. Esta autorización es por un máximo de 1 año. Si se indican cambios, proporcionaré una nueva autorización por escrito.

Nombre del proveedor: _____ **Firma:** _____

Fecha: _____ **Duración de orden** _____ **Teléfono:** _____ **Fax:** _____

Consentimiento de padre/tutor

Solicito que el personal de CMCSS realice el tratamiento mencionado anteriormente para mi hijo. Entiendo que este tratamiento debe realizarse durante el horario escolar para permitir que mi hijo asista a la escuela. Acepto proporcionar todo el equipo necesario en condiciones adecuadas de funcionamiento a la enfermera de la escuela y notificar a la enfermera de la escuela sobre cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. Acepto la divulgación/obtención de información médica a/de CMCSS para mi hijo, nombrado anteriormente. Esta información se mantendrá confidencial y es válida para el año escolar actual indicado anteriormente.

Nombre de padre/tutor: _____ **Firma:** _____ **Fecha**: _____