



FORMA DE ALIMENTACIÓN POR SONDA PARA GASTROSTOMÍA

Este formulario debe ser rellenado por un proveedor sanitario autorizado.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Tipo de dispositivo para gastrostomía colocado: _____

Último cambio: _____ Volumen del globo: _____

Tipo de fórmula: _____

Método de entrega de fórmula: ☐ Bomba ☐ Jeringuilla de gravedad/bolsa: ☐ Gravedad ☐ Empuja

Tasa (si se extrae la bomba): _____

Volumen: _____ Frecuencia: _____

¿Han comprobado los residuos? ☐ Sí ☐ No hay protocolo que seguir si el residuo ha terminado
_____ cc

Protocolo residual a seguir: _____

Protocolo de descarga: _____

Frecuencia de ventilación: _____ Duración: _____

Medicación administrada mediante gastrostomía durante el horario escolar: ☐ Sí ☐ No

***Si se prescribe medicación, se requiere un Formulario de Autorización para la Administración de Medicamentos.**

Alimentación oral además de la gastrostomía: ☐ Sí ☐ No ☐ ONG

Si es así, por favor describe: _____

Protocolo de desubicación del tubo o botón: En caso de que el botón del tubo de gastrostomía se desaloje, el lugar estará cubierto y el padre o tutor será notificado inmediatamente.

Autorización para proveedores licenciados:

Nombre del proveedor: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

Autorización de padres/tutores:

Firmando a continuación, doy permiso al personal sanitario escolar para administrar la alimentación y cuidado de la gastrostomía de mi hijo según la orden del proveedor mencionada anteriormente. También reconozco que soy responsable de proporcionar todos los suministros necesarios para el cuidado de la gastrostomía mientras mi estudiante está en la escuela, y de informar a la enfermera del colegio con las órdenes más actualizadas del profesional sanitario titulado.

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____