

ZDRAVSTVENI NAČRT – vodenje sladkorne bolezni z inzulinsko črpalko

Ta dokument naj izpolnijo otrokovi starši skupaj z zdravstvenim timom, nato podatke pregledajo skupaj z osebjem vrtca ali šole.

OTROKOVI PODATKI IN PODATKI KONTAKTNIH OSEB

Ime in priimek _____

Datum rojstva _____ Datum diagnoze SBT₁ _____

Skupina v vrtcu _____ Vzgojitelji _____

Razred v osnovni šoli _____ Razrednik _____

Mati _____ naslov _____

Telefon doma _____ v službi _____ mobilni _____

Oče _____ naslov _____

Telefon doma _____ v službi _____ mobilni _____

Zdravstveni tim _____ naslov _____

Telefon Centra za diabetes _____ mobilni _____

Drugi stiki za primer nujnih stanj _____ sorodstveno stanje _____

Telefon doma _____ v službi _____ mobilni _____

Starše/skrbnike je treba takoj obvestiti v naslednjih situacijah _____

MERITVE KRVNEGA SLADKORJA

Ciljna vrednost sladkorja: 4–8 mmol/l 4–10 mmol/l drugo _____

Običajni čas meritve sladkorja _____

Dodatne meritve sladkorja priporočamo: pred telesno aktivnostjo po telesni aktivnosti
 pri znakih hipoglikemije pri znakih hiperglikemije
 drugo _____

Ali otrok/mladostnik zna sam izmeriti krvni sladkor da ne

Izjema _____

Vrsta merilnika krvnega sladkorja, ki ga uporabljamo _____

INZULIN

Razmerje ogljikovih hidratov za zajtrk _____, kosilo _____, prigrizke _____

KOREKCIJSKI ODMEREK INZULINA

Treba se je posvetovati s starši, preden dodamo odmerek inzulina za znižanje sladkorja da ne

_____ E inzulina, če je krvni sladkor _____ do _____ mmol/l

_____ E inzulina, če je krvni sladkor _____ do _____ mmol/l

_____ E inzulina, če je krvni sladkor _____ do _____ mmol/l

Največji korekcijski odmerek inzulina, ki ga otrok lahko dobi, je _____ E

Ali si otrok zna sam odmeriti in injicirati inzulin da ne

Ali zna otrok sam določiti korekcijski odmerek inzulina da ne

Ali zna otrok ravnati z mehanskim injektorjem da ne

ČRPALKA

Vrsta črpalke _____

Vrsta inzulina v črpalki _____ Vrsta inzulinskih setov _____

Uporaba računalna v črpalki da ne Uporaba senzorja pri pouku da ne

Ali otrok/mladostnik pozna naslednje pomembne stvari:

Štetje ogljikovih hidratov da ne Odmerjanje inzulina za zaužito hrano da ne

Izračun in odmerjanje korekcijskega odmerka da ne Nastavitev začasnega bazalnega odmerka da ne

Zaustavitev črpalke	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Odklop infuzijskega seta	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Ponovni priklop črpalke	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Menjava infuzijskega seta	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Vstavitve seta	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Poznavanje in ukrepanje pri alarmih	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Uporaba računalna v črpalci	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne	Uporaba senzorja	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne

PREHRANA V ŠOLI

Otrok sam računa OH da ne

Obrok	Čas	Vsebnost OH/priporočena sestava
Zajtrk		
Malica		
Kosilo		
Popoldanska malica		

Prigrizki, ki so dovoljeni (npr. ob praznovanjih) _____

Hrana, ki jo odsvetujemo _____

ŠPORT IN PRIGRIZKI

Prigrizek pred športno aktivnostjo da ne Prigrizek po športni aktivnosti da ne

Sestava prigrizka _____

Odsvetujemo naslednje aktivnosti _____

Kadar je krvi sladkor nižji od _____ ali višji od _____, odsvetujemo telesno vadbo.

HIPOGLIKEMIJA

Običajni znaki nizkega sladkorja _____

Zdravljenje _____

Glukagon se injicira v primeru nezavesti in krčev, ko otrok ne more požirati. Injiciramo _____ ampule na naslednja priporočena mesta — roka, noga, trebuh, zadnjica. Pokličemo starše in 112.

HIPERGLIKEMIJA

Običajni znaki visokega sladkorja _____

Zdravljenje _____

Vedno preverimo ketone v urinu, ko je sladkor višji kot _____ mmol/l.

Ukrepanje, če so prisotni ketoni in visok sladkor _____

PRIPOMOČKI, KI JIH BO IMEL OTROK S SABO OZ. V ŠOLI

Merilnik krvnega sladkorja, testni lističi/senzorji	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Lancetni sprožilnik, lancete	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Urinski lističi	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Mehanski injektor in inzulin, iglice za mehanski injektor	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Glukozne tablete, sladek napitek, kocke sladkorja	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Prigrizek, ki vsebuje ogljikove hidrate	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Glukagen	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne

NAČRT VODENJA SLADKORNE BOLEZNI SO PREGLEDALI IN ODOBRILO

Zdravnik diabetolog pediater _____ datum _____

Medicinska sestra edukatorica _____ datum _____

Mati _____ datum _____

Oče _____ datum _____

Predstavniki šole/vrtca/trener _____ datum _____