

ZDRAVSTVENI NAČRT – vodenje sladkorne bolezni z mehanskimi injektorji

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 so priporočene:

- pred telesno aktivnostjo pri znakih nizkega sladkorja
 po telesni aktivnosti pri znakih visokega sladkorja
 drugo _____

Ali zna otrok/mladostnik sam izmeriti krvni sladkor? da ne

Izjema _____

Vrsta merilnika krvnega sladkorja, ki ga uporabljamo _____

INZULIN

Odmerki kratkodelujočega inzulina pri zajtrku _____, kosilu _____

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

KOREKCIJSKI ODMEREK INZULINA

Ali se je potrebno 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

_____ 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 inzulini? da ne

Ali zna otrok sam določiti korekcijski odmerek inzulina? da ne

Ali zna otrok ravnati z mehanskim injektorjem? da ne

PREHRANA V ŠOLI

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

Drugi 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 | <input type="checkbox"/> da | <input type="checkbox"/> ne |
| 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 ODOBRLI

Zdravnik diabetolog pediater _____ datum _____

Medicinska sestra edukatorica _____ datum _____

Mati _____ datum _____

Oče _____ datum _____

Predstavniki šole/vrtca/trener _____ datum _____