Formulario de admisión para el control médico de la diabetes

Información general:

Nombre:	Nombre de la escuela:
Fecha de Nacimiento:	Nombre de la enfermera/correo electrónico:
Tipo de diabetes:	Número de fax de la escuela:

Habilidades de autocontrol: según la capacidad de su hijo, enumere si su hijo hace cada habilidad a continuación con

El personal debe hacerlo **Con supervisión** **Independiente**

Medir la azúcar en la sangre:	Calcula la dosis de insulina:
Controlar el nivel alto de azúcar en la sangre: Síntomas:	Controlar el nivel bajo de azúcar en la sangre: Síntomas:
Administra insulina: (bolígrafo, jeringa o bomba)	Conteo de carbohidratos:

Todos los síntomas de niveles altos/bajos de azúcar en la sangre se marcarán de manera predeterminada y se indicará que los síntomas varían según el estudiante, por padre. Si hay síntomas específicos que experimenta el niño, anote arriba

Supervisión: Todos los formularios comprobarán de forma predeterminada BS antes de las comidas, quejas físicas de enfermedad y síntomas de glucosa alta o baja. Si hay otros horarios, por favor háganoslo saber: _____

Marca/modelo de CGM: Medidor solamente:	Visto en (receptor/teléfono):
Alarma baja:	Alarma alta:

Administración de insulina:

Administra insulina con:	Bomba de insulina/Modelo:
Unidades completas o mitad:	Es la bomba un circuito cerrado híbrido? Sí/No:

Régimen de carbohidratos/corrección:

Proporción de carbohidratos en el desayuno:	Proporción de carbohidratos Refrigerio en la manana:	Meta de azúcar en la sangre:	Factor de corrección:
Proporción de carbohidratos en el almuerzo:	Proporción de carbohidratos Refrigerio de la tarde:	Meta de azúcar en la sangre:	Factor de corrección:
Proporción de carbohidratos en la cena:		Meta de azúcar en la sangre:	Factor de corrección:

Régimen de dosis fija:

Dosis Fija Desayuno:	Dosis Fija Almuerzo:
Dosis fija para la merienda de la mañana o la tarde:	Dosis fija para la cena:

Si está en una escala: Usar para comidas, comidas y refrigerios o solo para niveles altos de azúcar en la sangre (corrección)?

70 to 150 mg/dL = _____ unidades
_150_ to _____ mg/dL = _____ unidades
_____ to _____ mg/dL = _____ unidades

Otros medicamentos para la diabetes: Si toma otros medicamentos, indique el nombre, las dosis y las horas en que los tomó. Ej.: Metformina 1000 mg BID con desayuno y cena: _____

Gestión relacionada con el ejercicio: _____
(Ej. Refrigerios previos al ejercicio, mayor control, cambios en el régimen CR/CF o cambio de modo en la bomba)

Cualquier otra cosa que le gustaría agregar al formulario de la escuela:

_____

Children's National