

Adenda de la bomba de insulina para la diabetes

DIABETES: Adenda al IHP sobre la Bomba de Insulina/Pluma de Insulina Inteligente			Año escolar:	Foto
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah/Departamento de Educación del Estado de Utah				
Estudiante:	Fecha de nacimiento:	Grado:	Escuela:	
Padre:	Teléfono:		Correo electrónico:	
Enfermera escolar:	Teléfono de la escuela:		Fax o Correo electrónico:	

HABILIDADES DEL ESTUDIANTE PARA EL MANEJO DE LA DIABETES	Necesita asistencia	Necesita supervisión	Independiente
Identifica los sentimientos de hipoglucemia			
Revisa la glucosa en sangre			
Cuenta los carbohidratos de forma independiente			
Ingresa información en la bomba/Pluma de insulina inteligente			

INFORMACIÓN DE LA BOMBA DE INSULINA			
Tipo de bomba/Pluma de Insulina Inteligente:	Tipo de CGM:	Tipo de insulina:	
Proporción de insulina a carbohidratos: ___ unidad por cada ___ gramos de carbohidratos antes de las comidas.			
Corrección de la dosis: ___ unidad por cada ___ mg/dl de glucosa en sangre por encima ___ mg/dl.			
Horario para tomar las dosis: <input type="checkbox"/> Antes de la comida <input type="checkbox"/> Después de la comida <input type="checkbox"/> Otro (especifique):			
Si la bomba o el conjunto fallan: NOTIFIQUE A LA ENFERMERA ESCOLAR Y A LOS PADRES INMEDIATAMENTE. La insulina debe administrarse por inyección.			

CONSIDERACIONES ESPECIALES (Educación física, fiestas escolares o refrigerios, excursiones, pruebas académicas)
Educación Física: <input type="checkbox"/> Comprobar GS antes de Ed.Fis. <input type="checkbox"/> ___ gramos de carbohidratos en un refrigerio (gratis) antes de educación física <input type="checkbox"/> Otros (especifique):
<input type="checkbox"/> No haga ejercicio si la glucosa en sangre está por debajo _____ mg / dl o sintomático de hiperglucemia
Fiestas escolares o meriendas: <input type="checkbox"/> Proporcionar cálculos de insulina por bomba <input type="checkbox"/> Estudiante guarda la merienda para la hora del almuerzo <input type="checkbox"/> Sin cobertura para refrigerios/fiestas <input type="checkbox"/> Estudiante lleva la merienda a casa <input type="checkbox"/> Los padres proporcionarán una merienda alternativa <input type="checkbox"/> Otro (especifique):
Excursiones: Los padres y la enfermera de la escuela deben ser notificados de las excursiones con anticipación para que se pueda lograr una planificación y capacitación adecuadas. Por favor, especifique las instrucciones:
Pruebas Académicas: <input type="checkbox"/> El estudiante puede reprogramar las pruebas académicas con el maestro, según sea necesario, si la glucosa en sangre está por debajo de ___ o por encima de ___ <input type="checkbox"/> Otro (especifique):
<input type="checkbox"/> Otras consideraciones (especifique):

CUANDO LA HIPERGLUCEMIA OCURRE APARTE DE LA HORA DEL ALMUERZO
Instrucciones para la hiperglucemia (seleccione todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Administre la dosis de corrección por cálculo de bomba/Pluma de insulina inteligente (dosis de corrección en momentos distintos de las comidas por cálculo de bomba/Pluma de insulina inteligente solamente) <input type="checkbox"/> Permita el acceso sin restricciones al baño <input type="checkbox"/> Notificar al padre/tutor <input type="checkbox"/> Dar agua extra y/o bebidas sin azúcar (no jugos de frutas)

RECONOCIMIENTO DE LOS PADRES
<input type="checkbox"/> Entiendo que la configuración de la bomba la establece el proveedor de atención médica del estudiante y el padre/tutor la ingresa. El personal de la escuela no ajustará la configuración de la bomba. <input type="checkbox"/> Entiendo que, si ajusto las dosis de insulina administradas durante el horario escolar, soy responsable de comunicarme con el proveedor y solicitar que se envíe a la escuela una orden actualizada del recetador. <input type="checkbox"/> Entiendo que solo los dispositivos aprobados por la FDA para la administración de insulina deben usarse en un entorno escolar. <input type="checkbox"/> Verifico que mi estudiante usa un dispositivo aprobado por la FDA para la administración de insulina; O <input type="checkbox"/> Verifico que mi estudiante usa un dispositivo que no está aprobado por la FDA para la administración de insulina, o usa un dispositivo que tiene una modificación no aprobada por la FDA. Entiendo que el personal de la escuela no puede ayudar con ninguna información sobre estos dispositivos.

Firma del padre:	Fecha:
------------------	--------