

Plan de control médico de la diabetes (DMMP)

Este plan debe ser completado por el equipo personal de atención diabética del alumno, incluidos los padres/tutores. Debe revisarse con el personal escolar pertinente y deben guardarse copias en un lugar al que puedan acceder fácilmente la enfermera escolar, el personal formado en diabetes y otro personal autorizado.

Fecha del plan: _____ Este plan es válido para el año escolar en curso: - Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de diagnóstico de la diabetes: _____ tipo 1 tipo 2 Otros _____

Escuela _____ Número de teléfono de la escuela: _____

Grado: _____ Profesor: _____ Enfermera escolar: _____

_____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Madre/Tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

Correo electrónico _____

Padre/Tutor _____

Dirección: _____

Teléfono Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

Correo electrónico _____

Médico/Proveedor de atención sanitaria del estudiante: _____

Dirección _____

Teléfono _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de emergencia: _____

Otros contactos de emergencia:

Nombre y apellidos _____ Parentesco: _____

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Móvil _____

CONTROL DE LA GLUCEMIA

Intervalo objetivo de glucosa en sangre: 70-130 mg/dL. 70-180 mg/dL

Otros: _____

Comprobar el nivel de glucosa en sangre: Antes de la comida.

_____ Horas después de la comida

2 horas después de una dosis de corrección

A media mañana Antes de la EF

Después de la EF

Antes de la salida Otros: _____

Según sea necesario para signos/síntomas de glucemia baja o alta.

Según sea necesario para signos/síntomas de enfermedad.

Lugar preferido para la prueba: Yema del dedo. Antebrazo

Muslo Otro: _____

Marca/Modelo del medidor de glucosa en sangre: _____

Nota: Siempre debe utilizarse la yema del dedo para comprobar el nivel de glucosa en sangre si se sospecha de hipoglucemia.

Habilidades de autocontrol de la glucemia del alumno:

Controla de forma autónoma su propia glucemia.

Puede comprobar la glucosa en sangre con supervisión.

Requiere que la enfermera del colegio o personal formado en diabetes controle la glucemia

Monitor continuo de glucosa (MCG): Sí No

Marca/Modelo: _____ Alarmas ajustadas para: (baja) y (alta)

Nota: Confirme los resultados del CGM con la comprobación del medidor de glucosa en sangre antes de actuar sobre el nivel de glucosa en sangre del sensor. Si el alumno presenta síntomas o signos de hipoglucemia, compruebe el nivel de glucosa en sangre en la yema del dedo independientemente del MCG.

TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA

Síntomas habituales de hipoglucemia del alumno (enumérelos a continuación):

Si presenta síntomas de hipoglucemia, O si el nivel de glucosa en sangre es inferior a _____ mg/dL, administre un producto de glucosa de acción rápida igual a _____ gramos de hidratos de carbono.

Plan de control médico de la diabetes (DMMP) - Página 3

Vuelva a medir la glucosa en sangre en 10-15 minutos y repita el tratamiento si el nivel de glucosa en sangre es inferior a __ mg/dL.

Tratamiento adicional: _____

TRATAMIENTO DE LA HIPOGLUCEMIA (Continuación)

Sigue las órdenes de actividad física y deportiva (véase la página 7).

- Si el alumno no puede comer ni beber, está inconsciente o no responde, o tiene actividad convulsiva o convulsiones (movimientos espasmódicos), dé:
 - Glucagón: 1 mg 1/2 mg Vía: SC IM
 - Lugar de inyección del glucagón: brazo. muslo
 - Otros: _____
- Llamar al 911 (Servicios Médicos de Emergencia) y a los padres/tutores del alumno.
- Póngase en contacto con el médico del alumno.

TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA

Síntomas habituales de hiperglucemia del alumno (enumérelos a continuación):

Compruebe Orina Sangre en busca de cetonas cada hora cuando los niveles de glucosa en sangre sean superiores a _____ mg/dL.

Para una glucemia superior a _____ mg/dL Y al menos _____ horas desde la última dosis de insulina, administrar dosis de corrección de insulina (ver órdenes más abajo).

Para usuarios de bomba de insulina: véase la información adicional para estudiantes con bomba de insulina.

Dar más agua y/o bebidas que no contengan azúcar (no zumos de fruta): _____ onzas por hora.

Tratamiento adicional para las cetonas: _____

Seguir las órdenes de actividad física y deporte (ver página 7).

- Notificar a los padres/tutores la aparición de hiperglucemia.
- Si el alumno presenta síntomas de una emergencia por hiperglucemia, como sequedad de boca, sed extrema, náuseas y vómitos, dolor abdominal intenso, respiración pesada o entrecortada, dolor torácico, somnolencia o letargo crecientes o nivel de conciencia deprimido: Llamar al 911 (Servicios Médicos de Emergencia) y a los padres/tutores del alumno. guardián.
- Póngase en contacto con el médico del alumno.

TERAPIA CON INSULINA

Dispositivo de administración de insulina: jeringa. pluma de insulina bomba de insulina

Tipo de insulino terapia en la escuela:

- Terapia de insulina ajustable
- Terapia de insulina fija
- Sin insulina

Terapia de insulina ajustable

- **Cobertura de carbohidratos/Dosis de corrección:**

Nombre de la insulina: _____

- **Cobertura de carbohidratos:**

Relación insulina-carbohidratos:

Almuerzo: 1 unidad de insulina por ___ gramos de hidratos de carbono
Merienda: 1 unidad de insulina por . gramos de hidratos de carbono

Ejemplo de cálculo de la dosis de carbohidratos

$$\frac{\text{Gramos de carbohidratos en la comida}}{\text{Relación insulina/carbohidratos}} = \text{_____ unidades de insulina}$$

- **Dosis de corrección:**

Factor de Corrección de la Glucosa en Sangre/Factor de Sensibilidad a la Insulina = .

Objetivo de glucosa en sangre = ___ mg/dL

Ejemplo de cálculo de dosis de corrección

$$\frac{\text{Glucosa en sangre real} - \text{Glucosa en sangre objetivo}}{\text{Factor de corrección de la glucosa en sangre/Factor de sensibilidad a la insulina}} = \text{_____ unidades de insulina}$$

Escala de dosis de corrección (utilizar en lugar del cálculo anterior para determinar la dosis de corrección de insulina): Glucosa en sangre a mg/dL dar _____ unidades

Glucosa en sangre a mg/dL dar _____ unidades
des Glucosa en sangre a mg/dL dar _____ unidades
des Glucosa en sangre a mg/dL dar _____ unidades

unida

des

TERAPIA CON INSULINA (Continuación)

Cuándo administrar la insulina:

Almuerzo

Sólo cobertura de hidratos de carbono

Cobertura de hidratos de carbono más dosis de corrección cuando la glucemia es superior a 1.000 mg. _____ mg/dL y _____ horas desde la última dosis de insulina.

Otros: _____

Merienda

No hay cobertura para la merienda

Sólo cobertura de hidratos de carbono

Cobertura de hidratos de carbono más dosis de corrección cuando la glucemia es superior a 1.000 mg. _____ mg/dL y _____ horas desde la última dosis de insulina.

Otros: _____

Sólo dosis de corrección:

Para una glucemia superior a _____ mg/dL Y al menos _____ horas desde la última dosis de insulina.

Otros: _____

Terapia de insulina fija

Nombre de la insulina: _____

Unidades de insulina administradas antes de la comida diariamente.

Unidades de insulina administradas antes de la merienda diariamente.

Otros: _____

Autorización de los padres para ajustar la dosis de insulina:

Sí No Se debe obtener la autorización de los padres/tutores antes de administrar una dosis de corrección.

Sí No Los _____ padres/tutor están autorizados a aumentar o disminuir la escala de dosis de corrección dentro del siguiente rango: +/- _____ unidades de insulina.

Sí No Se autoriza a los _____ padres/tutor a aumentar o disminuir la relación insulina/carbohidratos dentro del siguiente intervalo: _____ unidades

por
gramos
de
hidratos
de
carbono
prescritos, +/- _____ gramos de hidratos de carbono.

No Los

padres/tutor están

autorizados a

aumentar o

disminuir la

insulina fija

dosis
dentro
del
siguiente
rango:
+/- _____ unidades de insulina.

TERAPIA CON INSULINA (Continuación)

Habilidades de autoadministración de insulina del alumno:

- Sí No Calcula y administra sus propias inyecciones
- Sí No Puede calcular/poner sus propias inyecciones con supervisión
- Sí No Requiere que la enfermera escolar o personal capacitado en diabetes calcule/administre las inyecciones

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA ESTUDIANTES CON BOMBA DE INSULINA

Marca/modelo de la bomba: _____ Tipo de insulina en la bomba: _____

Frecuencias basales durante la escuela: _____

Tipo de equipo de infusión: _____

En caso de glucemia superior a _____ mg/dL que no ha disminuido en el plazo de _____ horas después de la corrección, considere un fallo de la bomba o del lugar de infusión. Notificar a _____ padres/tutor.

En caso de fallo del punto de infusión: Inserte un nuevo equipo de infusión y/o sustituya el depósito.

En caso de sospecha de fallo de la bomba: suspender o retirar la bomba y administrar insulina con jeringa o pluma.

Actividad física

Puede desconectarse de la bomba para realizar actividades deportivas Sí No

Establecer una tasa basal **temporal** Sí No _____ %
 basal temporal durante _____ horas Suspender el uso de la bomba Sí No

Habilidades de autocuidado de la bomba del alumno: ¿Independiente?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Contar los hidratos de carbono | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Calcular y administrar bolo de corrección | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Calcular y establecer perfiles basales | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Calcular y fijar la tasa basal temporal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cambiar las pilas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Desconectar la bomba | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Vuelva a conectar la bomba al equipo de infusión | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Prepare el depósito y los tubos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Inserte el equipo de infusión | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Solución de problemas de alarmas y averías | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

OTROS MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES

Nombre: _____ Dosis: _____ Vía: _____ Horas de administración: _____

Nombre: _____ Dosis: _____ Vía: _____ Horas de administración: _____

PLAN DE COMIDAS

Comida/Aperitivo (gramos)	Hora	Contenido en carbohidratos
Desayuno _____	_____	_____ a _____
Merienda de media mañana _____	_____	_____ a _____
Almuerzo _____	_____	_____ a _____
Merienda _____	_____	_____ a _____

Otras veces para dar bocadillos y contenido/cantidad: _____

Instrucciones para cuando se proporcione comida a la clase (por ejemplo, como parte de una fiesta de la clase o un evento de degustación de alimentos): _____

Evento especial/comida de fiesta permitida: A discreción de los padres/tutores.

Discreción de los estudiantes

Habilidades de autocuidado nutricional del alumno:

Sí No Recuento independiente de hidratos de carbono

Sí No Puede contar los hidratos de carbono con supervisión

Sí No Requiere que la enfermera escolar o el personal formado en diabetes cuenten los hidratos de carbono

ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTES

En el lugar de las actividades de educación física y los deportes debe haber disponible una fuente de glucosa de acción rápida, como comprimidos de glucosa y/o zumo que contenga azúcar.

El estudiante debe comer 15 gramos 30 gramos de

hidratos de carbono otros _____

antes cada 30 minutos durante después de una actividad física intensa.

otros _____

Si la glucemia más reciente es inferior a _____ mg/dL, el alumno puede participar en actividades físicas cuando la glucemia se corrija y sea superior a _____ mg/dL.

Evite la actividad física cuando la glucemia sea superior a _____ mg/dL o si las cetonas en orina/sangre son de moderadas a grandes.

(La información adicional para el estudiante con bomba de insulina se encuentra en la sección de insulina en la página 6).

PLAN DE EMERGENCIA

Para prepararse para una catástrofe o emergencia imprevista (72 HORAS), obtenga la kit de suministros de los padres/tutores.

Seguir cumpliendo las órdenes contenidas en este DMMP.

Órdenes adicionales de insulina como sigue: _____

Otros: _____

FIRMAS

Este Plan de control médico de la diabetes ha sido aprobado por:

Médico/Proveedor de atención sanitaria del estudiante

Fecha

Yo, (padre/madre/tutor:) _____ doy permiso a la enfermera escolar u otro profesional sanitario cualificado o personal formado en diabetes de

(escuela:) _____ realizar y llevar a cabo las tareas para el cuidado de la diabetes según se indica en el Plan de control médico de la diabetes de (alumno:) _____

_____ Plan de control médico de la diabetes.

También autorizo la divulgación de la información contenida en este Plan de control médico de la diabetes a todos los miembros del personal de la escuela y a otros adultos que tengan responsabilidad sobre mi hijo y que puedan necesitar conocer esta información para mantener la salud y la seguridad de mi hijo. También autorizo a la enfermera del colegio o a otro profesional sanitario cualificado a ponerse en contacto con el médico/proveedor de atención sanitaria de mi hijo.

Reconocido y recibido por:

Padre/madre/tutor del alumno

Fecha

Padre/madre/tutor del alumno

Fecha

Enfermera escolar/Otro personal sanitario cualificado

Fecha

Parents: Please complete this form to assist the school in meeting the specific needs of your child with diabetes. Please return to your school nurse by _____

Diabetes primaria Plan de atención escolar

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Curso _____ Profesor _____ Escuela _____

Medicamentos para la diabetes (marque TODOS los que

corresponda):

y. I-Lumalog

Q NPH

p Lente

Novoloe

p Lantus

p Ultralente

Regular

Q Otro (especificar) _____

Método de administración de insulina durante el horario escolar:

i= Jeringa

g Pluma de insulina

Medicamentos orales para la diabetes (enumérelos): _____

Monitor de glucosa en sangre

Typeofmetet: _____ Hora(s) del día para realizar la prueba: _____

\\Aquí se guarda el contador durante el horario escolar: _____

Lugar de la escuela donde el alumno se hará la prueba: _____

¿Necesita el niño ayuda con el control de la glucosa en sangre? No

Reconocimiento de la Hvpoglvveemia flo*- elucosel sanguíneo

Síntomas típicos _____

hora del día en que es más probable que se produzcan: _____

A qué nivel de glucosa en sangre debe administrarse el tratamiento: _____

Tratamiento de elección (proporcionado por la familia): _____

Reconocimiento de la hvnerelevcemia (glucemia elevada)

Síntomas típicos: _____

Tratamiento: Privilegios liberales para ir al baño y aumentar la ingesta de líquidos no calóricos.

¿A qué nivel de glucemia hay que llamar a los padres? _____

Dosis de corrección de insulina: _____

Persona responsable de administrar la insulina: pPadres p Niño

Otros (enumere) _____

Instrucciones adicionales para el tratamiento: _____ En

caso de vómitos, llamar inmediatamente a los padres.