

Essas informações serão usadas para formular um Plano de Atendimento de Emergência com Risco de Vida que será distribuído equipe.

*BG: Glicemia <: símbolo de “menor que” >: símbolo de “maior que”

Estudante: _____ Data de Nascimento: _____

Escola: _____ Série/Ano: _____

Grau de Parentesco	Nome	Telefone	Telefone	Email
Mãe				
Pai				
Contato de Emergência				

HISTÓRICO

Idade de início: _____ Último A1C (hemoglobina glicada): _____ Data: _____

Data da hospitalização: _____

Outra doenças ou deficiências: _____

Sua criança pega o ônibus escolar para ir à escola: ☐ Sim ☐ Não: _____

Médico que trata diabetes: _____ Telefone: _____

ADMINISTRAÇÃO DE INSULINA

Injeções ☐ Sim Humalog ou Novolog? Alvo da BG= _____ Fator de correção= _____

Relação Insulina: Carboidrato Café da Manhã ____:____ Almoço ____:____ Jantar ____:____

Lantus ou Levemir? ____ unidades às ____ am/pm

Pump ☐ Sim Tipo _____

CGM ☐ Sim Tipo _____

NÍVEL DE CAPACIDADE DE AUTOCUIDAR-SE DA CRIANÇA

	Independente	Precisa de Assistência para
Testar a BG (glicemia)		
Contar os carboidratos		
Calcular as doses de insulina		
Administrar a insulina		
Tratar hipoglicemia leve		
Verificar/Interpretar cetonas		
Trocar local da bomba (se estiver usando bomba)		

NUTRIÇÃO

A que horas o/a estudante toma café da manhã? _____ A que horas o/a estudante recebe insulina no café da manhã? _____

A sua criança: ☐ Traz almoço de casa? ☐ Compra almoço na escola?

A sua criança precisa de um lanche entre as refeições? ☐ Não ☐ Sim Quando? _____

Sua criança está em conformidade com a dieta? ☐ Sim ☐ Não: _____

EXERCÍCIO

Já experienciou baixa da glicose durante Educação Física ou atividades? ☐ Não ☐ Sim: _____

Sua criança precisa de um lanche antes de atividades físicas? ☐ Não ☐ Sim: _____

Envolvida em atividades extracurriculares na escola (exemplo: YMCA)? ☐ Não ☐ Sim: _____

SINTOMAS BAIXO NÍVEL DE AÇÚCAR NO SANGUE: (Marque os sintomas que sua criança apresentou)

☐ fraqueza ☐ fome ☐ tremor ☐ batimento cardíaco acelerado ☐ suor ☐ ansiedade ☐ tontura ☐ sonolência

☐ pele pálida ☐ irritabilidade ☐ falta de concentração/devaneios ☐ outro: _____

☐ dor de cabeça ☐ visão turva ☐ confusão ☐ má coordenação ☐ fala arrastada ☐ fraqueza

☐ mudança de comportamento: _____

☐ perda de consciência: Quando? _____

DOSE DE GLUCAGON: _____

Em que nível de glicose no sangue os sintomas aparecem? _____

Sua criança consegue reconhecer os sintomas de hipoglicemia? ☐ Não ☐ Sim _____

Quando o/a estudante experienciou hipoglicemia? _____

Sua criança já **não** respondeu ao tratamento: ☐ Não ☐ Sim _____

TRATAMENTO PARA BAIXO NÍVEL DE AÇÚCAR NO SANGUE (o que funciona para sua criança?)

Para BG < _____ Tratar com: _____ Carboidratos (por exemplo: _____)

Para BG < _____ Tratar com: _____ Carboidratos (por exemplo: _____)

Ligar para os pais:

☐ Após 1º tratamento e ainda sintomático ☐ após 2º tratamento e ainda sintomático

☐ a qualquer momento BG tiver < _____

SINTOMAS DE AÇÚCAR ELEVADO NO SANGUE: (Marque os sintomas que sua criança apresentou)

☐ sede ☐ urina frequente ☐ fadiga ☐ sonolência ☐ aumento de fome ☐ hálito doce ☐ visão turva

☐ perda de peso ☐ dores de estômago ☐ rubor na pele ☐ falta de concentração ☐ boca seca ☐ náusea

☐ cólicas estomacais ☐ vômitos ☐ respiração difícil ☐ muito fraca ☐ confusa ☐ inconsciente

☐ outros: _____

TRATAMENTO DE ALTO NÍVEL DE AÇÚCAR NO SANGUE

☐ beber água ☐ exercício ☐ correção de insulina (se mais de 3 horas da última dose)

☐ verificar cetonas se BG > _____ (Os pais serão chamados se houver presença de cetonas de moderadas a altas para levar o aluno para casa para cuidados no Sick Day.)

Assinatura do pai/mãe/responsável

Data