

Thông tin này sẽ được sử dụng để lập Kế hoạch Chăm sóc Khẩn cấp Đe dọa Tính mạng và sẽ được phân phát cho nhân viên.

*BG: Đường huyết (Blood Glucose) <: ký hiệu thấp hơn >: ký hiệu cao hơn

Tên học sinh: _____ Ngày sinh: _____

Trường học: _____ Lớp: _____

Quan hệ	Tên	Điện thoại	Điện thoại	Email
Mẹ				
Cha				
Liên lạc Khẩn cấp				

LỊCH SỬ BỆNH

Tuổi lúc phát bệnh: _____ Lần xét nghiệm cuối A1C: _____ Ngày: _____

Ngày nhập viện: _____

Bệnh tật hoặc khuyết tật khác: _____

Học sinh của quý vị có đi xe buýt đến trường không: Có Không: _____

Bác sĩ điều trị bệnh tiểu đường: _____ Điện thoại: _____

PHÂN PHỐI INSULIN

Tiêm thuốc Có Humalog or Novolog? Mục tiêu BG= _____ Hệ số Điều chỉnh= _____

Insulin: Tỷ lệ Tinh bột (Carb) cho Ăn sáng _____:_____ Ăn trưa _____:_____ Ăn tối _____:_____

Lantus or Levemir? _____ dùng vào _____ sáng/ chiều

Máy bơm Có Loại _____

Máy theo dõi Glucose (CGM) Có Loại _____

MỨC ĐỘ KHẢ NĂNG TỰ CHĂM SÓC CỦA HỌC SINH

	Tự làm một mình	Cần Hỗ trợ
Kiểm tra BG		
Đếm lượng Carb		
Tính liều insulin		
Tiêm Insulin		
Điều trị hạ đường huyết nhẹ		
Kiểm tra/giải thích ketone		
Thay đổi vị trí bơm (nếu trên máy bơm)		

DINH DƯỠNG

Học sinh ăn sáng lúc mấy giờ? _____ Học sinh nhận insulin vào bữa sáng lúc mấy giờ? _____

Học sinh của quý vị có: Mang bữa ăn trưa từ nhà: Mua bữa ăn trưa ở trường?

Học sinh của quý vị có cần ăn nhẹ giữa các bữa ăn không? Không Có Khi nào? _____

Học sinh của quý vị có tuân thủ chế độ ăn kiêng không? Có Không: _____

THẺ DỤC

Đã bao giờ gặp phải tình trạng BG thấp với PE hoặc hoạt động chưa? Không Có: _____

Học sinh của quý vị có cần ăn nhẹ trước khi tập thể dục không? Không Có: _____

Tham gia vào các hoạt động sau giờ học ở trường (ví dụ: YMCA)? Không Có: _____

TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG HUYẾT THẤP: (Kiểm tra các triệu chứng mà học sinh của quý vị đã trải qua)

suy nhược đói run rẩy tim đập nhanh đổ mồ hôi lo lắng chóng mặt buồn ngủ

da nhợt nhạt khó chịu thiếu tập trung/mơ mộng triệu chứng khác: _____

nhức đầu thị lực mờ nhầm lẫn phối hợp kém nói không rõ ràng suy nhược

thay đổi hành vi: _____

bất tỉnh: Khi nào? _____

LIỀU LƯỢNG GLUCAGON: _____

Các triệu chứng xuất hiện ở mức đường huyết nào? _____

Học sinh có thể nhận ra tình trạng hạ đường huyết không? Không Có _____

Khi nào học sinh nhận ra bị hạ đường huyết? _____

Học sinh có bao giờ không đáp ứng với điều trị không? Không Có _____

ĐIỀU TRỊ ĐƯỜNG HUYẾT THẤP (điều gì có tác dụng với con quý vị?)

Đối với BG < _____ Điều trị bằng: _____ Carbs (tức là: _____)

Đối với BG < _____ Điều trị bằng: _____ Carbs (tức là: _____)

Gọi cho phụ huynh:

sau điều trị lần 1 và vẫn còn triệu chứng sau điều trị lần 2 và vẫn còn triệu chứng bất cứ lúc nào BG < _____

TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG HUYẾT CAO: (Kiểm tra các triệu chứng mà học sinh của quý vị đã trải qua)

khát đi tiểu thường xuyên mệt mỏi buồn ngủ tăng cơn đói hơi thở có mùi ngọt thị lực mờ

giảm cân đau bụng đỏ bừng da thiếu tập trung khô miệng buồn nôn

đau cơ thắt dạ dày nôn mửa hơi thở mệt mỏi rất yếu nhầm lẫn bất tỉnh

triệu chứng khác: _____

ĐIỀU TRỊ ĐƯỜNG HUYẾT CAO

uống nước tập thể dục Điều chỉnh insulin (nếu > 3 giờ kể từ liều cuối cùng)

kiểm tra ketone nếu BG > _____ (Phụ huynh sẽ được gọi nếu có ketone từ trung bình đến cao để đưa học sinh về nhà chăm sóc trong Ngày Nghỉ ốm).

Chữ ký phụ huynh

Ngày