



PLAN DE MANEJO MÉDICO DE LA DIABETES

Año escolar: _____

Estudiantes Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre/Tutor: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Padre/Tutor: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Otro contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Compañía de seguros: _____ Hospital preferido: _____

MONITOREO DE GLUCOSA EN SANGRE (GS): (Trate la GS por debajo de _____ mg/dl o por encima de _____ mg/dl como se describe a continuación).

- Antes de las comidas
- según sea necesario en caso de sospecha de glucemia alta/baja
- 2 horas después de la corrección
- Media mañana
- Media tarde
- antes del despido

ADMINISTRACIÓN DE INSULINA:

Sistema de administración de insulina: Jeringuilla Bolígrafo Bomba

Tipo de insulina: Caer Novolog Apidrá

INSULINA COMIDA: (Mejor si se da correctamente **antes de comer**. Para niños pequeños, puede administrarse dentro de los 15 a 30 minutos posteriores al primer bocado o inmediatamente después de la comida)

- Proporción de insulina a carbohidratos:
 - Desayuno: 1 unidad por _____ gramos de carbohidrato
 - Almuerzo: 1 unidad por _____ gramos de carbohidrato
- Dosis fija por comida:
 - Desayuno: Dar _____ unidades/Comer _____ gramos de carbohidratos
 - Almuerzo: Dar _____ unidades/Comer _____ gramos de carbohidratos

INSULINA DE CORRECCIÓN: (Para niveles altos de azúcar en la sangre. Agregar antes **INSULINA COMIDA** a **INSULINA DE CORRECCIÓN** para **INSULINA TOTAL** dosis.)

- Use la siguiente fórmula de corrección
 - Para el nivel de azúcar en la sangre antes de las comidas _____
 - $(BG - \text{_____}) \div \text{_____} = \text{unidades adicionales de insulina para proporcionar}$
- Escala móvil:
 - GS de _____ a _____ = _____ unidades
 - GS de _____ a _____ = _____ unidades
 - GS de _____ a _____ = _____ unidades
 - GS de _____ a _____ = _____ unidades
 - _____ > _____ = _____ unidades

BOCADILLO:

- Se proporcionará un refrigerio cada día en: _____
- Solo cobertura de carbohidratos para la merienda (**No se requiere control de GS**):
- No hay cobertura para la merienda
- 1 unidad por _____ gramos de carbohidrato
- Dosis fija de refrigerio: Dar _____ unidades/Comer _____ gramos de carbohidratos

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES para ajustar la dosis de insulina:

- Sí No Los padres/tutores están autorizados a aumentar o disminuir la proporción de insulina a carbohidratos dentro del siguiente rango: 1 unidad por gramos prescritos de carbohidratos, +/- _____ gramos de carbohidratos
- Sí No Los padres/tutores están autorizados a aumentar o disminuir la dosis de corrección con el siguiente rango: +/- _____ unidades de insulina
- Sí No Los padres/tutores están autorizados a aumentar o disminuir la dosis fija de insulina con el siguiente rango: +/- _____ unidades de insulina

MANEJO DE LA GLUCOSA EN SANGRE BAJA:

SUAVE bajo en azúcar:

Estudiante alerta y colaborador (BG debajo de _____)

- Nunca dejes solo al estudiante
- Dar 15 gramos de glucosa; volver a comprobar en 15 minutos
- If GS permanece por debajo de 70, retroceda y vuelva a verificar en 15 minutos
- Notificar a padre si no se resuelve
- Si no hay comida programada para la próxima hora, proporcione un refrigerio adicional con carbohidratos, grasa, proteína.

SEVERO bajo en azúcar:

Pérdida del conocimiento o convulsiones

- Llame al 911. Abra las vías respiratorias. Empezar a llorar.
- inyección de glucagón
 - MI/SubQ
 - _____, 0,50 mg
- Notificar a los padres.
- Para los estudiantes que usan una bomba de insulina, para la bomba colocándola en modo "suspensión" o parada, desconectando en la coleta o clip, y/o quitando una bomba conectada. Si se le quitó la bomba, envíela con EMS al hospital.

MANEJO DE LA GLUCOSA EN SANGRE ALTA: (arriba _____ mg/dl)

- Líquidos sin azúcar/privilegios de baño frecuentes.
- Si la GS es superior a 300 y han pasado 2 horas desde la última dosis, dar MEDIO LLENO fórmula de corrección mencionada anteriormente.
- Si la GS es superior a 300 y han pasado 4 horas desde la última dosis, dar LLENO fórmula de corrección mencionada anteriormente.

- Si la glucosa en sangre es superior a _____, busque cetonas. Notificar al padre si hay cetonas presentes.
- Niños se le debe permitir quedarse en la escuela a menos que esté vomitando con cetonas moderadas o grandes presentes.

MANEJO DURANTE LA ACTIVIDAD FÍSICA:

Estudiantes deberá tener fácil acceso a carbohidratos de acción rápida, refrigerios y equipo de monitoreo de glucosa en sangre durante las actividades. El niño NO debe hacer ejercicio si los niveles de glucosa en sangre están por debajo de _____ mg/dl o por encima de 300 mg/dl y la orina contiene cetonas moderadas o grandes.

- Revise el nivel de azúcar en la sangre justo antes de la educación física para determinar la necesidad de adicionales aperitivos.
- Si la glucosa en sangre es inferior a _____ mg/dl, coma de 15 a 45 gramos de carbohidratos antes, dependiendo de la intensidad y duración del ejercicio.
- El estudiante puede desconectar la bomba de insulina durante 1 hora o disminuir la tasa basal en _____.
- Para nuevas actividades: controle el nivel de azúcar en la sangre antes y después del ejercicio solo hasta que se establezca un patrón de manejo.
- Se requiere un refrigerio antes de la participación en educación física.

NOTIFICAR AL PADRE de las siguientes condiciones: (Si no puede comunicarse con los padres, llame a la oficina del proveedor de diabetes).

- A. Pérdida del conocimiento o convulsiones (convulsiones) inmediatamente después de llamar al 911 y administrar glucagón.
- B. Azúcar en sangre superior a 300 mg/dl cuando hay cetonas presentes.
- C. Dolor abdominal, náuseas/vómitos, fiebre, diarrea, alteración de la respiración, alteración del nivel de conciencia.

MANEJO ESPECIAL DE BOMBA DE INSULINA:

- A. Contactar a los padres en el caso de:
Alarmas o mal funcionamiento de la bomba, desatascamiento de vendaje/infusión fuera de lugar, fuga de insulina, El estudiante debe inyectarse insulina., El estudiante tiene que cambiar de sitio, Dolor o enrojecimiento en el sitio, Las medidas correctivas no devuelven la glucosa en sangre al rango objetivo dentro de _____ horas.
- B. Los padres proporcionarán suministros adicionales., incluidos equipos de infusión, reservorios, baterías, bombas de insulina y jeringas.

<p>Este estudiante requiere la asistencia de la enfermera escolar o del personal capacitado en diabetes con los siguientes aspectos del control de la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Controlar y registrar los niveles de glucosa en sangre <input type="checkbox"/> Responder a niveles elevados o bajos de glucosa en sangre <input type="checkbox"/> Administrar glucagón cuando sea necesario <input type="checkbox"/> Calcular y dar inyecciones de insulina <input type="checkbox"/> Administrar medicación oral <input type="checkbox"/> Controle las cetonas en sangre o en orina <input type="checkbox"/> Siga las instrucciones con respecto a las comidas y refrigerios. <input type="checkbox"/> Siga las instrucciones relacionadas con la actividad física. <input type="checkbox"/> Responda a las alarmas de CGM controlando la glucosa en sangre con medidor de glucosa. Trate utilizando el Plan de gestión en la página 1. Manejo de la bomba de insulina: administrar insulina, inspeccionar el sitio de infusión, comunicarse con los padres en caso de problemas <input type="checkbox"/> Proporcionar otra asistencia especificada: 	<p>Este estudiante puede realizar de forma independiente los siguientes aspectos del control de la diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Controle la glucosa en sangre: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> en el salón de clases <input type="checkbox"/> In la oficina de la clínica designada <input type="checkbox"/> In cualquier área de escuela y en cualquier evento relacionado con la escuela <input type="checkbox"/> Vigilar las cetonas en orina o sangre <input type="checkbox"/> Calcular y aplicar inyecciones propias. <input type="checkbox"/> Calcular y aplicar inyecciones propias con supervisión. <input type="checkbox"/> Tratar la hipoglucemia (bajo nivel de azúcar en la sangre) <input type="checkbox"/> Tratar la hiperglucemia (niveles elevados de azúcar en la sangre) <input type="checkbox"/> Llevar suministros para el control de la glucosa en sangre. <input type="checkbox"/> Llevar suministros para la administración de insulina. <input type="checkbox"/> Determinar el contenido de la merienda/comida propia <input type="checkbox"/> Administrar bomba de insulina <input type="checkbox"/> Reemplace el equipo de infusión de la bomba de insulina <input type="checkbox"/> Administrar CGM
--	--

UBICACIÓN DE SUMINISTROS/EQUIPO: (Los padres proporcionarán y repondrán todos los suministros, refrigerios y suministros para el tratamiento del bajo nivel de azúcar en la sangre). Esta sección será completada por el personal de la escuela y los padres:

	Clínica	con estudiante		Clínica	con estudiante
equipo de glucosa en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kit de glucagón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suministros de administración de insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gel de glucosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suministros de cetonas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jugos/refrigerios bajos en glucosa en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mi firma brinda autorización para el Plan de Manejo Médico de Diabetes Mellitus mencionado anteriormente. Entiendo que todos los procedimientos deben implementarse dentro de las leyes y reglamentos estatales. Esta autorización es válida por un año.

FIRMA DEL PRESCRIPTOR AUTORIZADO: _____ **FECHA:** _____
Nombre del prescriptor autorizado: _____
DIRECCIÓN: _____
Teléfono: _____

FIRMAS

Yo, (Padre/Tutor) _____ entiendo que todos los tratamientos y procedimientos pueden ser realizados por el estudiante y/o personal capacitado en diabetes dentro de la escuela, o por EMS en caso de pérdida del conocimiento o convulsiones. Yo también entiendo que la escuela no es responsable por daños, pérdida de equipo o gastos utilizados en estos tratamientos y procedimientos. Doy permiso para que el personal de la escuela se comunique con el proveedor de diabetes de mi hijo para obtener orientación y recomendaciones. he revisado esto formulario de información y estoy de acuerdo con la información indicada. Este documento sirve como el Plan de Manejo Médico de la Diabetes como especificado por la ley estatal de Georgia.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ **FECHA:** _____

FIRMA DE LA ENFERMERA ESCOLAR: _____ **FECHA:** _____