

**HALLSVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
DIABETES MANAGEMENT PLAN**

Student Name: _____ **School ID #:** _____

Physician: _____ **Hospital of choice:** _____

BLOOD GLUCOSE MONITORING

Target range for blood glucose: _____ Usual times to check blood glucose: _____

Times to do extra blood glucose checks (*check all that apply*)

_____ before exercise _____ after exercise _____ other: _____

Blood sugar at which parent should be notified: Low _____ High: _____

Totally independent management: _____ Yes _____ No
 Can student perform own blood glucose checks? _____ Yes _____ No
 Needs verification of blood glucose number by nurse or designated staff _____ Yes _____ No

DIETARY CONSIDERATIONS

Monitors own snacks and meals _____ Yes _____ No
 Snacks and meals need to be supervised _____ Yes _____ No
 Monitors own carbohydrate count _____ Yes _____ No

Meals and Snacks Eaten at School

<u>Meal</u>	<u>Time</u>	<u>Grams</u>	<u>Food content/amount</u>
Breakfast	_____	_____	_____
AM snack	_____	_____	_____
Lunch	_____	_____	_____
PM snack	_____	_____	_____

DIABETIC SUPPLIES AND EQUIPMENT: The parent/guardian shall provide the school nurse with:

Blood glucose meter _____ Yes _____ No
 Lancets, test strips _____ Yes _____ No
 Syringes _____ Yes _____ No
 Insulin _____ Yes _____ No
 Glucose tablets _____ Yes _____ No
 Glucagon emergency kit _____ Yes _____ No
 Snacks _____ Yes _____ No

DIABETES MANAGEMENT

Administers insulin independently _____ Yes _____ No
 Self-injects insulin with verification of dosage by nurse or designated staff _____ Yes _____ No
 Boluses for food and high blood sugar independently _____ Yes _____ No
 Boluses for food and high blood sugar with verification of # on pump _____ Yes _____ No

DAILY MANAGEMENT REGIMEN

INSULIN	DOSAGE	TIME	TAKEN AT SCHOOL

INSULIN CORRECTION DOSES

Able to give own injections _____ Yes _____ No
 Can draw correct dose of insulin _____ Yes _____ No

_____ units if blood glucose is _____ to _____ mg/dl
 _____ units if blood glucose is _____ to _____ mg/dl
 _____ units if blood glucose is _____ to _____ mg/dl

STUDENTS WITH INSULIN PUMPS

Type of pump: _____ Basal rates: _____ 12 am to _____
_____ to _____
_____ to _____

Type of insulin in pump: _____ Type of infusion set: _____

Insulin/carbohydrate ratio: _____ Correction factor: _____

STUDENT PUMP ABILITIES/SKILLS *check appropriate column*

Count carbohydrates	_____ Yes	_____ No
Bolus correct amount for carbohydrates consumed	_____ Yes	_____ No
Calculate and administer corrective bolus	_____ Yes	_____ No
Calculate and set temporary basal rate	_____ Yes	_____ No
Disconnect pump	_____ Yes	_____ No
Reconnect pump at infusion set	_____ Yes	_____ No
Prepare reservoir and tubing	_____ Yes	_____ No
Insert infusion set	_____ Yes	_____ No
Troubleshoot alarms and malfunctions	_____ Yes	_____ No

STUDENTS TAKING ORAL DIABETES MEDICATION

Type of medication: _____ Time: _____

Other medications: _____ Time: _____

Parents are authorized to adjust the insulin dosage under the following circumstances:

SIGNATURES

This Diabetes Medical Management Plan has been approved by:

Physician/Health Care Provider Date: _____

I give permission to the school nurse, trained diabetes personnel and other designated staff members of HISD to perform and carry out the Diabetic Medical Management Plan. I also consent to the release of the information contained in the Diabetic Medical Management Plan to all staff members and other adults who have custodial care of my child and who may need to know this information to maintain my child's health and safety.

Parent/ Guardian of Student Date: _____

Reviewed and received by:

HISD Campus Nurse Date: _____

**DISTRITO ESCOLAR DE HALLSVILLE
PLAN DE GESTIÓN DE DIABETES**

Nombre de estudiante: _____ **# de identificación:** _____

Doctor: _____ **Hospital preferida:** _____

CUIDADO DE GLUCEMIA

Rango blanco para la glucemia: _____ Horas normales en que revisan la glucemia: _____

También hay que revisar la glucemia cuando: (marque todos que aplican)

_____ antes del ejercicio _____ después de ejercicio _____ otro: _____

Hay que notificar los padres cuando el nivel de glucemia es bajo: _____ alto: _____

Gestión totalmente independiente: _____ Sí _____ No
 El estudiante puede hacer su propio reviso de glucemia? _____ Sí _____ No
 Necesita verificación del número de glucemia por la enfermera o personal designado _____ Sí _____ No

CONSIDERACIONES DE DIETA

El/la estudiante toma responsabilidad de comida/tentempié _____ Sí _____ No
 Hay que supervisar el comer de comida/ tentempié. _____ Sí _____ No
 El/la estudiante es responsable por contar los carbohidratos _____ Sí _____ No

Comida y tentempiés en la escuela

<u>Comida</u>	<u>Hora</u>	<u>Gramas</u>	<u>Contenido/cantidad</u>
Desayuno			
Tentempié de la mañana			
Almuerzo			
Tentempié de la tarde			

EQUIPO Y SUMINISTROS DE DIABETES: Los padres/tutores proporcionarán a la enfermera escolar:

Contador de glucemia _____ Sí _____ No
 Lancetas, tira probatorias _____ Sí _____ No
 Jeringa _____ Sí _____ No
 Insulina _____ Sí _____ No
 Glucemia de acción rápida _____ Sí _____ No
 Botiquín de emergencias de glucemia _____ Sí _____ No
 Bocadillos _____ Sí _____ No

DIABETES MANAGEMENT

El/la estudiante administrar insulina independientemente _____ Si _____ No
 Auto-inyectar insulina con verificación de dosis por enfermera _____ Si _____ No
 El bolo de comida y hipoglucemia es cuidado por El/la estudiante _____ Sí _____ No
 El bolo de comida y hipo glucemia es cuidado por El/la estudiante y el número de la bomba es verificado por la enfermera o persona en carga _____ Sí _____ No

PLAN DIARIO DE CUIDADO

<u>INSULINA</u>	<u>DOSIS</u>	<u>HORA(S)</u>	<u>TOMAR EN LA ESCUELA</u>
			Si No
			Si No
			Si No
			Si No

DOSIS DE INSULINA PARA CORREGIR

Puede inyectar su propia insulina _____ Sí _____ No
 Puede contar el dosis correcto _____ Sí _____ No

_____ Número de unidades si glucemia es _____ hasta _____ mg/dl
 _____ Número de unidades si glucemia es _____ hasta _____ mg/dl
 _____ Número de unidades si glucemia es _____ hasta _____ mg/dl

ESTUDIANTES CON BOMBAS DE INSULINA

Tipo de bomba: _____ Tasa basal: _____ 12 am hasta _____
_____ hasta _____
_____ hasta _____

Tipo de bomba de insulina: _____ Tipo de colección de infusión: _____

Proporción de insulina/carbohidratos: _____ Factor de corrección: _____

HABILIDADES DEL ESTUDIANTE CON LA BOMBA *marque todos que aplican en la columna*

Contar carbohidratos	_____ Sí	_____ No
Corregir con bolo por la cantidad de carbohidratos consumido	_____ Sí	_____ No
Calcular y administrar con el bolo corregido	_____ Sí	_____ No
Calcular y poner proporción basal temporal	_____ Sí	_____ No
Desconectar la bomba	_____ Sí	_____ No
Reconectar la bomba en la colección de infusión	_____ Sí	_____ No
Preparar embalse y tubería	_____ Sí	_____ No
Meter colección de infusión	_____ Sí	_____ No
Localizar y resolver alarmas y mal funcionamiento	_____ Sí	_____ No

ESTUDIANTES TOMANDO MEDICINA DE DIABETES ORAL

Tipo de medicina: _____ Hora: _____

Otras medicinas: _____ Hora: _____

Los padres tienen autorización ajustar la dosis de insulina según las siguientes circunstancias:

FIRMAS

Este Plan de tratamiento medical de diabetes ha sido aprobado por:

_____ Fecha: _____
Doctor/ Certificado cuidador de salud

Nosotros (yo) pedimos que el antedicho Plan de tratamiento y cuidado de diabetes sea implementado para nuestro (mi) hijo por personal entrenado en diabetes o cualquier otra persona designada de HISD. La información concerniente al cuidado de diabetes de mi hijo se puede compartir con personal escolar o con el doctor de mi hijo para el bienestar de él o ella.

_____ Fecha: _____
Padres/Tutores del estudiante

Revisado y recibido por:

_____ Fecha: _____
Enfermera escolar del campo de HISD