

HALLSVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT DIABETES MANAGEMENT AND TREATMENT PLAN

Student Name: _____ School ID #: _____

Physician: _____ Hospital of Choice: _____

BLOOD GLUCOSE MONITORING

Target range for blood glucose: _____ mg/dl to _____ mg/dl

Times to test blood glucose: At Home: _____ At School: _____

Times to do extra blood glucose test
_____ before exercise _____ after exercise _____ symptoms of hyperglycemia or hypoglycemia

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

DAILY MANAGEMENT REGIMEN

INSULIN	DOSAGE	TIME(S)	TAKEN AT SCHOOL	
			Yes	No
			Yes	No
			Yes	No
			Yes	No

Does student use a sliding scale for dosage of insulin? _____ Yes _____ No

If yes, attach a copy of the scale.

INSULIN PUMP

TYPE OF PUMP	BASAL RATE	MEAL/SNACK BOLUS		CORRECTION BOLUS	
		DOSAGE	TIME	Dosage	Blood Glucose Level

STUDENT'S LEVEL OF SELF-CARE

- Totally independent management _____ Yes _____ No
- Student test blood glucose level independently _____ Yes _____ No
- Student needs verification of blood glucose number by nurse _____ Yes _____ No
- Student administers insulin independently _____ Yes _____ No
- Student self-injects insulin with verification of dosage by nurse _____ Yes _____ No
- Student monitors own snacks and meals _____ Yes _____ No
- Snacks and meals need to be supervised _____ Yes _____ No
- Student monitors own carbohydrate count _____ Yes _____ No
- Student boluses for food and high blood sugar independently _____ Yes _____ No
- Student boluses for food and high blood sugar with verification of # on pump by nurse or designated staff _____ Yes _____ No

DIETARY CONSIDERATIONS

School Snack AM: _____ School Snack PM: _____

Special Lunch Consideration: _____

DIABETIC SUPPLIES AND EQUIPMENT *Parent/guardian shall provide the school nurse with:*

- Blood glucose meter _____ Yes _____ No
- Lancets, test strips _____ Yes _____ No
- Syringes _____ Yes _____ No
- Insulin _____ Yes _____ No
- Fast acting glucose _____ Yes _____ No
- Snacks _____ Yes _____ No
- Glucagon emergency kit _____ Yes _____ No

This Diabetes Management and Treatment Plan has been approved by:

Physician/Health Care Provider Signature Date: _____

We (I) request that the above Diabetes Management and Treatment Plan be implemented for our (my) child. Delivery of this form to the school nurse constitutes my participation in developing this Plan, and is my consent to implement this Plan. I will notify the school immediately if the health status of my child changes, changes of physicians or emergency contact information, or changes in any way of this management Plan. Information concerning my child's diabetes health management may be shared with school personnel with a need to know or with my child's physician.

Parent/Guardian Signature Date: _____

**HALLSVILLE INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT
PLAN DE TRATAMIENTO DE DIABETES**

Nombre de estudiante _____ # de identidad escolar: _____

Doctor: _____ Hospital preferida: _____

CUIDADO DEL GLUCEMIA

Rango ideal de glucemia: _____ mg/dl hasta _____ mg/dl

Hora de probar la glucemia: en casa: _____ en la escuela _____

Otras horas de probar la glucemia: _____ antes de ejercicio _____ despues de ejercicio _____ sintomas de hiperglucemia

Si la glucemia es baja (indica el número baja) _____ o alta (indica el número) _____ llama a los padres.

PLAN DIARIO DE CUIDADO

INSULINA	DOSIS	HORA(S)	TOMAR EN LA ESCUELA	
			Si	No

El/la estudiante usa una escala variable de administración de insulina ? _____ Si _____ No

¡Si la usa, ponga una copia atras con esta hoja.

BOMBA DE INSULINA

TIPO DE BOMBA	TASA BASAL	BOLO DE COMIDA/BOCADILLA DOSIS HORA	BOLO DE CORRECCIÓN	
			Dosis	Nivel de glucemia

EI AUTO-CUIDADO POR EL/LA ESTUDIANTE

- El cuidado es totalmente independiente por El/la estudiante _____ Si _____ No
- El estudiante puede hacer el examen de glucemia independiente _____ Si _____ No
- El/la estudiante necesitar verificar el nivel de glucemia por la enfermera _____ Si _____ No
- El/la estudiante administrar insulina independiente _____ Si _____ No
- Auto-inyectar insulina con verificación de dosis por enfermera _____ Si _____ No
- El/la estudiante tomar responsabilidad de comida/bocadilla _____ Si _____ No
- Hay que supervisor el comer de comida/bocadilla _____ Si _____ No
- El/la estudiante contar la cantidad de carbohidratos _____ Si _____ No
- El bolo de comida y hipoglucemia es cuidado por El/la estudiante _____ Si _____ 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 _____ Si _____ No

CONSIDERACIONES DIETÉTICOS

Bocadilla por la mañana: _____ Bocadilla por la tarde: _____

Consideración de almuerzo: _____

EQUIPO DIABETICO *Padres/tutores proporcionará la enfermera escolar con:*

- Contador de glucemia _____ Si _____ No
- Tira probatorias/ lanceta _____ Si _____ No
- Jeringa _____ Si _____ No
- Insulina _____ Si _____ No
- Glucemia de acción rapida _____ Si _____ No
- Bocadillas _____ Si _____ No
- Botiquin de emergencias de glucemia _____ Si _____ No

Esta plan de tratamiento y cuidado de diabetes ha sido aprobado por:

Firma de doctor/cuidador de salud Fecha: _____

Nosotros (yo) pedimos que el aformencionado Plan de tratamiento y cuidado de diabetes sea implementado para nuestro (mi) hijo. El entrega de esta forma a la enfermera escolar significa mi participación en el desarrollo del Plan, y es mi permiso para implementar el Plan. Notificaré a la escuela inmediatamente si el estado de salud de mi hijo cambia, si hay cambio de doctor o información de emergencia, o el cambio de esta Plan de cualquier manera. La información concerniente al cuidado de diabetes de mi hijo puede compartir con personal escolar si es necesario saber o con el doctor de mi hijo.

Firma de Padre/Tutor Fecha: _____