

Egenvårdsplan

Diabetes i förskola/skola

Foto

Namn _____ Klass _____

Född _____ Skola _____

Huvudansvariga lärare/assistenter på skolan:

Skolsköterska: _____ Öppettider: _____

Vårdnadshavare: _____ Telefon: _____

Vårdnadshavare: _____ Telefon: _____

Diabetessjuksköterska: _____ Telefon: _____

_____ Sjukhus: _____

Viktig information vid för lågt blodsocker < 3,5-4 mmol/l Vikt: _____ kg

Kallas insulinkänning eller hypoglykemi.

Mina symtom på lågt blodsocker är: _____

Åtgärder:

1. Ge _____ druvsockertabletter, vänta femton minuter och ge mer druvsocker om känningen kvarstår.
2. Flytande druvsocker kan ges i mungipan om det är svårt att svälja.

Åtgärdsplan om jag är svårkontaktbar eller medvetslös:

1. Ring ambulans – telefon 112.
2. Uppge ditt namn och varifrån du ringer.
3. Uppge min ålder och att jag har diabetes.
4. Beskriv tillståndet, t.ex. slö eller medvetslös.
5. Ge om möjligt flytande glukos eller annat sött i mungipan.
OBS! Ej vid medvetslöshet/kramper.
6. Ring vårdnadshavare.

Blodsockertester

Det här behöver jag ha hjälp med när det gäller blodsockertester: _____

Insulin

Det här behöver jag ha hjälp med när det gäller insulin: _____

Blodsockermål

Normalt blodsocker: 4-6 mmol/l före mat. 4-8 mmol/l 2 timmar efter maten

Extradoser/korrigeringsdoser

1 Enhet insulin sänker blodsockret med _____ mmol/l.

OBS! Det måste **ALLTID gå 2 timmar** mellan extradoser/korrigeringsdoser.

För mig gäller att 1 Enhet insulin tar hand om _____ gram kolhydrater till frukost.

För mig gäller att 1 Enhet insulin tar hand om _____ gram kolhydrater till övriga måltider.

Fortsättningsvis justeringar enligt vårdnadshavares instruktioner och separat lista.

Speciell information kring mat och mellanmål: _____

Vid fysisk aktivitet:

Vid högt blodsockervärde

Om jag har ont i magen eller är illamående och har upprepade höga blodsockervärden (>15 mmol/l) efter varandra. Ge extra dos enligt ovan och/eller ta kontakt med vårdnadshavare.

Annan kompletterande information: _____

Planen är skriven den _____ och gäller till den _____ då ny plan diskuteras.

Underskriven av:

Jag

Vårdnadshavare

Ansvarig rektor

Ansvarig barndiabetesläkare