



## KARTA DIABETOLOGICZNA UCZESTNIKA TURNUSU

Imię i nazwisko dziecka: .....

### Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na wykonywanie pomiarów glukozy, iniekcji, zmiany wktuńc u mojego dziecka przez osobę będącą opiekunem dziecka podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w Krynicy Morskiej, w terminie 29.07 – 11.08. 2020r.

TAK / NIE

2. Wyrażam zgodę na wykonanie iniekcji glukagonu w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia w przypadku ciężkiej hipoglikemii u mojego dziecka przez osobę bez wykształcenia medycznego, będącą opiekunem dziecka podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w Krynicy Morskiej, w terminie 29.07 – 11.08. 2020r.

TAK / NIE

3. Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne mojego dziecka w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia w czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w Krynicy Morskiej, w terminie 29.07 – 11.08. 2020r.

TAK / NIE

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

1. Czy u dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie : drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste szybkie męczczenie się, jąkanie, niedosłuch i inne?

.....

2. Czy dziecko jest: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe?

.....  
.....

3. Czy dziecko choruje na (zaznaczyć kółkiem prawidłowe):

- cukrzycę typu 1                        tak / nie
- celiakię                                      tak / nie
- inną chorobę (jaką?).....

4. Czy lekarz zdiagnozował u dziecka alergię lub nietolerancję? Jeżeli tak, co dokładnie .....

5. Czy podczas turnusu dziecko będzie stosowało CGM, FGM lub inne?

Jeżeli tak, co dokładnie .....

6. Czy dziecko wymaga podawania **innych leków, oprócz insuliny**? Jeżeli tak, to jakich (nazwa, dawkowanie)

.....  
.....  
.....

7. Czy dziecko posiada aktualne/a:

- orzeczenie o niepełnosprawności        tak / nie
- legitymację osoby niepełnosprawnej    tak / nie

**STWIERDZAM, ZE Podałem/am wszystkie informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki na kolonii/obozie.**

.....  
Miejscowość, data                        Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

8. W miarę możliwości proszę o zakwaterowanie dziecka wraz z

..... (imię i nazwisko innego uczestnika turnusu)  
*(W sytuacji, gdy dziecko nie zna innych uczestników jest kwatrowane z uczestnikiem w podobnym wieku)*

### KARTA INSULINOWA (POMPA)

Data urodzenia:..... Od kiedy choruje na cukrzycę: .....

Nazwa insuliny..... Rodzaj pompy: .....

Data i wartość ostatnio badanej HbA1C (hemoglobiny glikowanej):  
.....

Jedna jednostka insuliny obniża poziom glukozy we krwi o.....(ile?) mg/dl

Nazwisko lek. prowadzącego i nr tel.: .....

Godz.	Ilość jednostek bazy
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	
21.	
22.	
23.	
24.	

W przypadku dziecka, które jest na kaloriach, prosimy o kontakt, w celu przestania innej karty.

#### ILOŚĆ WW na dany posiłek

I ŚNIADANIE.....WW

II ŚNIADANIE.....WW

OBIAD.....WW

PODWIECZOREK.....WW

I KOLACJA .....WW

II KOLACJA.....WW

#### DAWKA INSULINY NA 1 WW

I ŚNIADANIE.....j/ 1WW

II ŚNIADANIE.....j/ 1WW

OBIAD.....j/ 1WW

PODWIECZOREK.....j/ 1WW

I KOLACJA .....j/ 1WW

II KOLACJA.....j./ 1WW

.....  
Podpis rodzica/prawnego opiekuna

### KARTA INSULINOWA (PENY)

Data urodzenia:.....

Od kiedy choruje na cukrzycę: .....

Data i wartość ostatnio badanej HbA1C (hemoglobiny glikowanej)  
.....

Nazwa insuliny krótkodziałającej: .....

Nazwa insuliny długodziałającej: .....

Godziny podawania insuliny długodziałającej:  
.....godz.....j.                      .....godz.....j.

Nazwisko lekarza prowadzącego i nr telefonu  
.....

Jedna jednostka insuliny obniża poziom glukozy we krwi  
o .....(ile?) mg/dl

#### Ilość WW na dany posiłek

I ŚNIADANIE.....WW

II ŚNIADANIE.....WW

OBIAD.....WW

PODWIECZOREK.....WW

I KOLACJA .....WW

II KOLACJA.....WW

#### DAWKA INSULINY NA 1 WW

I ŚNIADANIE.....j/ 1 ww

II ŚNIADANIE.....j/1ww

OBIAD.....j/1ww

PODWIECZOREK.....j/1ww

I KOLACJA .....j/1ww

II KOLACJA.....j./1ww

.....  
Podpis rodzica/prawnego opiekuna