

## Oświadczenie

1. Wyrażam zgodę na wykonywanie pomiarów glukozy, iniekcji, zmiany wkłuc u mojego dziecka przez osobę będącą opiekunem dziecka podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym 03.07-16.07.2017

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 03.07-16.07.2017

TAK / NIE

3. Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne mojego dziecka w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia w czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym 03.07-16.07.2017

TAK / NIE

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis prawnego opiekuna dziecka

## Załącznik nr 2

### KARTA INSULINOWA ( POMPA )

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....

WIEK.....

OD KIEDY CHORUJE NA CUKRZYCĘ.....

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE + NAZWA I DAWKA LEKU.....

NAZWA INSULINY.....

NAZWISKO LEKARZA PROWADZĄCEGO I NR TELEFONU.....

#### **BAZA:**

#### **ILOŚĆ WW na dany posiłek**

00 -- j.

01-- j.

I ŚNIADANIE.....WW

02-- j.

II ŚNIADANIE.....WW

03-- j.

OBIAD.....WW

04-- j.

PODWIECZOREK.....WW

05-- j.

I KOLACJA .....WW

06-- j.

II KOLACJA.....WW

07-- j.

08-- j.

#### **DAWKA INSULINY NA 1 WW**

09-- j.

I ŚNIADANIE.....j/ 1 ww

10-- j.

II ŚNIADANIE.....j/1ww

11-- j.

OBIAD.....j/1ww

12-- j.

PODWIECZOREK.....j/1ww

13-- j.

I KOLACJA .....j/1ww

14-- j.

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

15-- j.

16-- j.

17-- j.

18-- j.

19-- j.

20-- j.

21-- j.

.....

22-- j.

podpis prawnego opiekuna dziecka

23-- j.

**KARTA INSULINOWA (PENY)**

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA.....

WIEK.....

OD KIEDY CHORUJE NA CUKRZYCĘ.....

CHOROBY WSPÓLISTNIEJACE+ NAZWA I DAWKA LEKU.....

NAZWA INSULINY KRÓTKODZIAŁAJACEJ.....

NAZWA INSULINY DŁUGODZIAŁAJACEJ.....

GODZINY PODAWANIA INSULINY DŁUGODZIAŁAJACEJ .....GODZ.....j. ....GODZ.....j.

NAZWISKO LEKARZA PROWADZACEGO I NR TELEFONU.....

**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 PRAWNEGO OPIEKUNA DZIECKA