



KARTA DIABETOLOGICZNA UCZESTNIKA TURNUSU

Imię i nazwisko dziecka:

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na wykonywanie pomiarów glukozy, iniekcji, zmiany wkluć u mojego dziecka przez osobę będącą opiekunem dziecka podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w Mielnie, w terminie 06-19.07.2019r.

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 Mielnie, w terminie 06-19.07.2019r.

TAK / NIE

3. Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne mojego dziecka w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia w czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w Mielnie, w terminie 06-19.07.2019r.

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

.....

.....

.....

5. 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

6. W miarę możliwości proszę o zakwaterowanie dziecka wraz z

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

KARTA INSULINOWA (POMPA)

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

Nazwa insuliny.....

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 KOLACJAWW

II KOLACJA.....WW

DAWKA INSULINY NA 1 WW

I ŚNIADANIE.....j/ 1WW

II ŚNIADANIE.....j/ 1WW

OBIAD.....j/ 1WW

PODWIECZOREK.....j/ 1WW

I KOLACJAj/ 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 KOLACJAWW

II KOLACJA.....WW

DAWKA INSULINY NA 1 WW

I ŚNIADANIE.....j/ 1 ww

II ŚNIADANIE.....j/1ww

OBIAD.....j/1ww

PODWIECZOREK.....j/1ww

I KOLACJAj/1ww

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

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna