



Renvoyez le formulaire rempli à :
 Jefferson County Public Schools,
 Health Services Department, LAM Building
 4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218
 Telephone # (502) 485-3387
 Fax # (502) 485-3670

JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL

Année scolaire :

NE PAS ÉCRIRE DANS CETTE ZONE

1719111214

PLAN DE SANTÉ SCOLAIRE
 DIABÈTES

Veuillez écrire lisiblement.

PARTIE A Parent / Tuteur : Éléments complets 1 à 11

1) Carte d'étudiant n°
 2) Nom de famille de l'élève
 3) Prénom de l'élève
 4) Date de naissance
 5) Etablissement scolaire
 6) Classe

Nom et Coordonnées de contact du Parent / Tuteur

7) Nom 8) Numéro de téléphone () - 9) Adresse postale, Ville, Etat, Code postal
 10) A contacter en cas d'urgence () -

11) Note aux parents / tuteurs : La signature de ce formulaire dégage le Jefferson County Board of Education et ses employés de toute responsabilité de quelque nature que ce soit qui pourrait résulter de ce plan d'action. Ce formulaire ne dégage pas la responsabilité de l'école ou de ses employés pour leur propre négligence. Par la présente, j'autorise également le prestataire de soins de santé à remplir, à signer ce formulaire et à échanger des informations avec le personnel JCPS concernant l'état de santé. Je reconnais et donne mon accord à ce que mon enfant assiste à une sortie scolaire parrainée par l'école, ses médicaments et / ou services de santé pouvant être également fournis par un bénévole agréé.

Note aux parents : un formulaire d'autorisation de prescription doit être dans le dossier à l'école pour que les médicaments puissent être administrés à l'école.

Signature du PARENT / du TUTEUR NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () - DATE

PARTIE B REMPLI UNIQUEMENT PAR LE PRESCRIPTEUR DE SOINS DE SANTÉ : Éléments complets 12 à 19

12) Diagnostic de diabète Type 1 Type 2

13) Administration d'insuline
 * Type d'insuline Action rapide (Humalog, Novolog, Aprida) Action longue (Lantus / Basaglar, Levemir) Autre _____
 * Administration d'insuline Seringue Stylo Pompe Autre _____

14) Utilisation de CGM : OUI NON

15) Faible glycémie en dessous de : 70/80 mg/dL
 * Symptômes Faim Faiblesse/tremblement/pâleur Mal de tête Inattention/confusion Vertiges
 Nausées/perte d'appétit Troubles de l'élocution Crise d'épilepsie Humidité Ne répond pas Vision floue
 Autre (précisez) :

16) Glycémie élevée au-dessus de : _____ mg/dL
 * Symptômes Augmentation de la soif/miction Fatigue/somnolence Peau chaude/sèche/rougissante Vision floue
 Douleurs/nausées/vomissements abdominaux Souffle fruité Faiblesse/courbatures
 Autre (précisez) :

17) NIVEAU D'INDÉPENDANCE : Indépendant Supervision uniquement Assistance

18) DOSE D'INSULINE :
 * Glycémie cible : _____ à _____
 FORMULE DE DOSE DE CORRECTION :
 Si la glycémie > _____ mg/dL, donner _____ unité par _____ mg/dL > _____ mg/dL
 FORMULE DE SUPPLÉMENT DE CÉTONE
 * Vérifiez les cétones lorsque la glycémie est > 200 mg/dL x2 épisodes ou que l'élève est malade, NE PAS corriger les cétones plus souvent que toutes les 4 heures)
 Donnez de l'insuline supplémentaire comme suit : PETIT = _____ unités, MODÉRÉ = _____, Fort = _____

DOSAGE DE GLUCIDES : Avant les repas Après les repas

Petit-déjeuner	1 unité par _____ grammes de glucides
Collation du matin	1 unité par _____ grammes de glucides
Déjeuner	1 unité par _____ grammes de glucides
Goûter de l'après-midi	1 unité par _____ grammes de glucides
Activité/PE	1 unité par _____ grammes de glucides
Congédiement	1 unité par _____ grammes de glucides
Autre/si nécessaire	1 unité par _____ grammes de glucides

* Arrondir à : Unité ENTIERE MOITIE d'Unité
 * Corriger pour une glycémie élevée si > 3 heures depuis le dernier bolus

19) Informations concernant le prescripteur de soins de santé Le formulaire doit être signé par un prescripteur de soins de santé et par un parent/tuteur

Signature du prescripteur de soins de santé Date Cachet du bureau médical (obligatoire pour le traitement)

Nom en lettres moulées du prescripteur de soins de santé