



Doldurulmuş formu şu adrese iade edin:
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

OKUL SAĞLIK PLANI DİYABET

Akademik
Okul Yılı:

BU ALANI BOŞ BIRAKIN

1719111214

Lütfen düzgün bastırın.

BÖLÜM A Ebeveyn/Veli: 1-11 Öğelerini Tamamlayın

1) Öğrenci Numarası <input type="text"/>	2) Öğrencinin Soyadı <input type="text"/>	3) Öğrencinin Adı <input type="text"/>	4) Doğum tarihi <input type="text"/>
5) Okul <input type="text"/>	6) Derece <input type="text"/>		

Ebeveyn/Veli Adı ve İletişim Bilgileri

7) Adı <input type="text"/>	8) Telefon Numarası () - <input type="text"/>	9) Posta Adresi, Şehir, Eyalet, Posta Kodu <input type="text"/>
10) Acil İletişim <input type="text"/>	() - <input type="text"/>	

11) Ebeveyne/veliyi not: Bu formu imzalamak, Jefferson İlçesi Eğitim Kurulu ve çalışanlarını bu eylem planından kaynaklanabilecek her türlü sorumluluktan muaf tutacaktır. Bu form, okulun veya çalışanlarının kendi ihmallerinden dolayı sorumluluklarını ortadan kaldırmaz. Ayrıca, sağlık hizmeti sağlayıcısının bu formu doldurmasına ve imzalamasına, JCPS personeli ile bu sağlık durumuna ilişkin bilgi alışverişinde bulunmasına izin veriyorum. Çocuğuma okul destekli bir okul gezisine katılma yetkisi verdiğimde, bu ilaçların ve/veya sağlık hizmetlerinin lisanslı bir gönüllü tarafından da sağlanabileceğini kabul ediyorum ve onaylıyorum.

Ebeveynler lütfen unutmayın: Okulda ilaçların verilebilmesi için okulda bir reçete yetki formu dosyalanmalıdır

EBEVEYN/VELİ İmzası <input type="text"/>	TELEFON NUMARASI () - <input type="text"/>	Tarih <input type="text"/>
---	--	-------------------------------

BÖLÜM B YALNIZCA SAĞLIK HİZMETLERİ SAĞLAYICI TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR: 12-19 Öğelerini Tamamlayın

12) Diyabet teşhisi <input type="checkbox"/> Tip 1 <input type="checkbox"/> Tip 2
13) İnsülin Uygulaması * İnsülin Tipi <input type="checkbox"/> Hızlı Etkili (Humalog, Novolog, Aprida) <input type="checkbox"/> Uzun Etkili (Lantus/Basaglar, Levemir) <input type="checkbox"/> Diğer _____ * İnsülin Verilmesi <input type="checkbox"/> Şırınga <input type="checkbox"/> Kalem <input type="checkbox"/> Pompa <input type="checkbox"/> Diğer _____
14) CGM Kullanımı: <input type="checkbox"/> EVET <input type="checkbox"/> HAYIR
15) Düşük Kan Şekeri Altında: 70/80 mg/dL * Belirtiler <input type="checkbox"/> Aç <input type="checkbox"/> Zayıf/Titreks/Soluk <input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Dikkatsizlik/kafa karışıklığı <input type="checkbox"/> Baş dönmesi <input type="checkbox"/> Mide bulantısı/İştahsızlık <input type="checkbox"/> Konuşma Bozukluğu <input type="checkbox"/> Nöbet <input type="checkbox"/> Nezaketsizlik <input type="checkbox"/> Yanıt vermeme <input type="checkbox"/> Bulanık Görme <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz): _____
16) Yukarıdaki Yüksek Kan Şekeri: _____ mg/dL * Belirtiler <input type="checkbox"/> Artan susuzluk/ıdrara çıkma <input type="checkbox"/> Yorgun/Uykulu <input type="checkbox"/> Sıcak/Kuru/kızarmış cilt <input type="checkbox"/> Bulanık Görme <input type="checkbox"/> Karın Ağrısı/Mide bulantısı/kusma <input type="checkbox"/> Meyveli Nefes <input type="checkbox"/> Zayıflık/kas ağrıları <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz): _____
17) BAĞIMSIZLIK SEVİYESİ: <input type="checkbox"/> Bağımsız <input type="checkbox"/> Yalnızca Denetim <input type="checkbox"/> Yardım

18) İNSÜLİN DOZU:

* Hedef Kan Şekeri: _____ ila _____ arası

DÜZELTME DOZ FORMÜLÜ:

BG> _____ mg/dL ise _____ birim _____ mg/dL> _____ mg/dL verin

KETON DESTEĞİ FORMÜLÜ

* Kan şekeri > 200 mg/dL x2 olduğunda veya öğrenci hastalandığında ketonları kontrol edin, ketonları 4 saatten daha sık DÜZELTMEYİN!

Aşağıdaki şekilde ek insülin verin: KÜÇÜK = _____ birim, ORTA = _____, Büyük = _____

KARBONHİDRAT DOZU: Yemek öncesi Yemek sonrası

Kahvaltı	_____ gram karbonhidrat başına 1 birim
Sabah Atıştırması	_____ gram karbonhidrat başına 1 birim
Öğle yemeği	_____ gram karbonhidrat başına 1 birim
Öğleden Sonra Atıştırması	_____ gram karbonhidrat başına 1 birim
PE/Etkinlik	_____ gram karbonhidrat başına 1 birim
Bırakma	_____ gram karbonhidrat başına 1 birim
Diğer/Gerektiğinde	_____ gram karbonhidrat başına 1 birim

* Yuvarla: BÜTÜN birim YARIM Birim

* Son Bolustan itibaren > 3 saatten fazla ise Yüksek Kan Şekeri için doğrudur

19) Sağlık Hizmeti Sağlayıcı Bilgileri Form bir Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı ve ebeveyn/veli tarafından imzalanmalıdır

Sağlık Sağlayıcı İmzası <input type="text"/>	Tarih <input type="text"/>
Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Basılı Adı <input type="text"/>	

Sağlık Kurumu Mührü (işlenmesi için gereklidir) <input type="text"/>

Bu kurum eşit fırsat sağlayıcı ve işverendir.