

ఈ అనువాదం కేవలం సూచించే లక్ష్యాలు కోసం మాత్రమే. దయచేసి పూర్తి చేయండి మరియు ఇంగ్లీష్ లోకి వాపసు రండి.



పూర్తి చేసిన పత్రాన్ని ఇక్కడ ఇవ్వండి:  
**Jefferson County Public Schools,**  
 Health Services Department, LAM Building  
 4309 Bishop Lane, Louisville, KY 40218  
 Telephone # (502) 485-3387  
 Fax # (502) 485-3387

**JEFFERSON COUNTY PUBLIC SCHOOL**

పాఠశాల ఆరోగ్య ప్రణాళిక  
 డయాబిటీస్

పాఠశాల సంవత్సరం:

ఈ ప్రదేశంలో రాయవట్టు

1719111214

\*\*\*దయచేసి చక్కగా పూరించండి.\*\*\*

**భాగం ఏ తల్లితండ్రు/సంరక్షకుడు: అంశాలు 1-11 పూర్తి చేయండి**

1) విద్యార్థి ఐడీ # <input type="text"/>	2) విద్యార్థి చివరి పేరు <input type="text"/>	3) విద్యార్థి మొదటి పేరు <input type="text"/>	4) పుట్టిన తేదీ <input type="text"/>
5) పాఠశాల <input type="text"/>	6) గ్రేడ్ <input type="text"/>		

తల్లితండ్రు/సంరక్షకుని పేరు మరియు సంప్రదించవలసిన సమాచారం

7) పేరు <input type="text"/>	8) ఫోన్ నంబర్ ( ) - <input type="text"/>	9) మొయిలింగ్ చిరునామా, పట్టణం, రాష్ట్రం, జిప్ <input type="text"/>
10) అత్యవసర సంప్రదింపు సమాచారం <input type="text"/>	( ) - <input type="text"/>	

11) తల్లితండ్రు/సంరక్షకునికి గమనిక: ఈ పత్రం పై సంతకం చేయడం వలన జెఫర్సన్ కౌంటీ బోర్డ్ ఆఫ్ ఎడ్యుకేషన్ మరియు దాని ఉద్యోగులు ఈ కార్యాచరణ ప్రణాళిక వలన సంభవించే ఏ రకమైన బాధ్యతల స్వభావం నుండినా విడుదల చేయబడతారు. ఈ పత్రం పాఠశాల లేదా దాని ఉద్యోగుల బాధ్యతలను తమ స్వంత నిర్ణయం నుండి విడుదల చేయదు. ఇంకా, ఈ ఆరోగ్య పరిస్థితికి సంబంధించి JCPS సిబ్బందితో సమాచారం వినిమయం చేయడానికి ఈ పత్రం పూర్తి చేయడానికి మరియు సంతకం చేయడానికి నేను ఆరోగ్య సంరక్షణని అందచేసే వారికి అనుమతి ఇస్తున్నాను. పాఠశాల స్నాక్స్ చేసిన క్షేత్ర పర్యటనకు నా బిడ్డ హాజరవుతానని అధికారం ఇచ్చినప్పుడు ఈ మందులు మరియు/లేదా ఆరోగ్య సేవలను లైసెన్స్ పొందిన వలంటీర్ కూడా అందించవచ్చని నేను గుర్తించి, అంగీకరించాను.

**తల్లితండ్రులు దయచేసి గమనించండి: పాఠశాలలో ఇవ్వవలసిన మందులు కోసం పాఠశాలలో ప్రెస్క్రిప్షన్ ధృవీకరణ పత్రం తప్పనిసరిగా రికార్డ్ లో ఉండాలి**

తల్లితండ్రు/సంరక్షకుని సంతకం  తేదీ

**భాగం బి ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మాత్రమే పూర్తి చేయాలి: అంశాలు 12-19 పూర్తి చేయండి**

12) డయాబిటీస్ వ్యాధి నిర్ధారణ  టైప్ 1  టైప్ 2

13) ఇన్సులిన్ ఎక్కించడం  
 \* ఇన్సులిన్ రకం  పాస్ట్-యాక్టింగ్ (హ్యూమాన్, నేవోలాగ్, అప్టా)  ఎక్కువకాలం పని చేసేది (లంటిన్/బనగ్లర్, లెవిమిర్)  ఇతరులు \_\_\_\_\_  
 \* ఇన్సులిన్ అందచేయడం  సిరెండ్  పెన్  పంప్  ఇతరులు \_\_\_\_\_

14) CGM ఉపయోగించడం:  అవును  కాదు

15) ఈ స్థాయి కంటే తక్కువగా ఉంటే తక్కువ బ్లడ్ గ్లూకోజ్: 70/80 మిగ్రా/డీఎల్

\* లక్షణాలు  ఆకలి  బలహీనత/బణకడం/పాలిపోవడం  తలనొప్పి  ఏకాగ్రత లేకపోవడం/గందరగోళం  తల తిరగడం  
 ఏకాగ్రత/ఆకలి లేకపోవడం  మాటలు తడబడటం  మూర్ఛలు  చేతులు చల్లగా ఉండటం  జవాబు ఇవ్వకపోవడం  కంటి చూపు మసకబారడం  
 ఇతరాలు (నిర్దేశించండి): \_\_\_\_\_

16) ఈ స్థాయి కంటే ఎక్కువగా ఉన్నప్పుడు అధిక బ్లడ్ గ్లూకోజ్ \_\_\_\_\_ మిగ్రా/డీఎల్.

\* లక్షణాలు  పరిగిన దాహం/మాత్ర విసర్జన  అలసట/మత్తుగా ఉండటం  వెచ్చగా/పొడిగా/చర్మం ఎర్రగా ఉండటం  కంటి చూపు మసకబారడం  
 కడుపు నొప్పి/వికారం/వాంతులు  దుర్వాసనతో కూడిన శ్వాస  బలహీనత/కండరాల నొప్పిలు  
 ఇతరాలు (నిర్దేశించండి): \_\_\_\_\_

17) స్వాతంత్ర్యం స్థాయి:  స్వతంత్రత  పర్యవేక్షణ మాత్రమే  సహాయం

18) ఇన్సులిన్ మోతాదు:

\* లక్ష్యభరితమైన బ్లడ్ గ్లూకోజ్: \_\_\_\_\_ నుండి \_\_\_\_\_ కి.  
 సరిచేయు మోతాదు సూత్రీకరణ:  
 బీజ్ > \_\_\_\_\_ మిగ్రా /డీఎల్ అయితే, ఇవ్వండి \_\_\_\_\_ యూనిట్ల పుత్రీ \_\_\_\_\_ మిగ్రా/డీఎల్ > \_\_\_\_\_ మిగ్రా/డీఎల్.

కీటోన్ సప్లీమెంటేషన్ సూత్రీకరణ  
 \* బ్లడ్ గ్లూకోజ్ >200 మి.గ్రా/డీఎల్ x2 పుటనలు ఉన్నప్పుడు లేదా విద్యార్థి అనారోగ్యంగా ఉన్నప్పుడు, కీటోన్స్ తనిఖీ చేయండి, ప్రతి 4 గంటలకు మించి తరచుగా ఎక్కువగా కీటోన్స్ సరి చేయవచ్చు.  
 ఈ క్రింది విధంగా అదనపు ఇన్సులిన్ ఇవ్వండి: కొంచెం = \_\_\_\_\_ యూనిట్స్, మధ్యస్థంగా = \_\_\_\_\_, ఎక్కువగా = \_\_\_\_\_

కార్యోపాధేయ మోతాదు:  భోజనాలకు ముందు  భోజనాలు తరువాత

ట్రీక్ ఫాస్ట్	పుత్రీ _____ గ్రాముల కార్యోపాధేయ కోసం 1 యూనిట్
ఉదయం వేళ చిరుతిండి	పుత్రీ _____ గ్రాముల కార్యోపాధేయ కోసం 1 యూనిట్
లంచ్	పుత్రీ _____ గ్రాముల కార్యోపాధేయ కోసం 1 యూనిట్
మధ్యాహ్నం చిరుతిండి	పుత్రీ _____ గ్రాముల కార్యోపాధేయ కోసం 1 యూనిట్
PE/కార్యకలాపం	పుత్రీ _____ గ్రాముల కార్యోపాధేయ కోసం 1 యూనిట్
తిరస్కరణ	పుత్రీ _____ గ్రాముల కార్యోపాధేయ కోసం 1 యూనిట్
ఇతరాలు/అవసరమైన విధంగా	పుత్రీ _____ గ్రాముల కార్యోపాధేయ కోసం 1 యూనిట్

\* దగ్గరగా ఉన్న విలువగా చేయడం:  మొత్తం యూనిట్ కి  అర యూనిట్  
 \* చివరి బోల్స్ నుండి > 3 గంటలు ఉన్నట్లయితే అధిక బ్లడ్ గ్లూకోజ్ కోసం సరి చేయండి

19) ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సమాచారం పత్రాన్ని తప్పనిసరిగా ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారు మరియు తల్లితండ్రు/సంరక్షకులు సంతకం చేయాలి

ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి సంతకం  తేదీ

ఆరోగ్య సంరక్షణ అందించే వారి ముద్రించిన పేరు

వైద్య అధికారి స్టాంప్ (ప్రత్యేక చేయడానికి కావాలి)