



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) 485-3387

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

2) Öğrencinin Soyadı

3) Öğrencinin Adı

4) Doğum tarihi

5) Okul

6) Derece

Ebeveyn/Veli Adı ve İletişim Bilgileri

7) Adı

8) Telefon Numarası

9) Posta Adresi, Şehir, Eyalet, Posta Kodu

10) Acil İletişim

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

TELEFON NUMARASI

Tarih

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

12) Diyabet teşhisi Tip 1 Tip 2

13) İnsülin Uygulaması

* İnsülin Tipi Hızlı Etkili (Humalog, Novolog, Aprida) Uzun Etkili (Lantus/Basaglar, Levemir) Diğer _____
* İnsülin Verilmesi Şırınga Kalem Pompa Diğer _____

14) CGM Kullanımı: EVET HAYIR

15) Düşük Kan Şekeri Altında: 70/80 mg/dL

* Belirtiler Aç Zayıf/Titreks/Soluk Baş ağrısı Dikkatsizlik/kafa karışıklığı Baş dönmesi
 Mide bulantısı/iştahsızlık Konuşma Bozukluğu Nöbet Nezaketsizlik Yanıt vermeme Bulanık Görme
 Diğer (Belirtiniz):

16) Yukarıdaki Yüksek Kan Şekeri: _____ mg/dL

* Belirtiler Artan susuzluk/ıdrara çıkma Yorgun/Uykulu Sıcak/Kuru/kızarmış cilt Bulanık Görme
 Karın Ağrısı/Mide bulantısı/kusma Meyveli Nefes Zayıflık/kas ağrıları
 Diğer (Belirtiniz):

17) BAĞIMSIZLIK SEVİYESİ: Bağımsız Yalnızca Denetim 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

Tarih

Sağlık Kurumu Mührü (işlenmesi için gereklidir)

Sağlık Hizmeti Sağlayıcısının Basılı Adı