

Vanhempien yhteyshenkilö koulussa päivityksiä varten

_____ puh: _____

YHTEYSTIEDOT

Koulu _____ luokka _____

Lapsen nimi _____ syntymäaika _____

Huoltaja _____ puh: _____

Toinen huoltaja _____ puh: _____

Diabeteshoitaja _____ puh: _____

Terveystenhoitaja _____ puh: _____

Diabetesyksikkö _____ puh: _____

Rehtori _____ puh: _____

Opettaja/opettajat _____ puh: _____

Koulunkäyntiavustaja/avustajat _____ puh: _____

Keittiöhenkilökunta _____ puh: _____

Varahenkilöt _____ puh: _____

DIABETEKSEEN LIITTYVÄT TOIMET KOULUPÄIVÄN AIKANA

Verensokerin mittaukset

(Mittausajat. Kuka tarkistaa ja tarvittaessa auttaa. Kuka on varahenkilö):

Nimi _____ Allekirjoitus _____

Nimi _____ Allekirjoitus _____

Insuliinipistokset / annostelu pumpulla

(Vanhemmat toimittavat kirjalliset insuliiniannosohjeet ja annostusaikataulun.

Kuka auttaa annosarvioinnissa ja tarvittaessa antaa insuliinin. Kuka on varahenkilö):

Nimi _____ Allekirjoitus _____

Nimi _____ Allekirjoitus _____

Ateriät

(Vanhemmat toimittavat hoitoyksikössä laaditun ateriasuunnitelman. Ruoka-ajat välipaloiheen, mahdolliset liikuntalisät. Kuka auttaa hiilihydraattiarvioinnissa. Kuka on varahenkilö):

Nimi _____ Allekirjoitus _____

Nimi _____ Allekirjoitus _____





Lapsen tyypilliset matalan verensokerin oireet:

Ensiapu matalan verensokerin hoidossa:

(Missä nopeasti imeytyvää glukoosia säilytetään, toimet miten menetellään):

Aiheuttaako liian korkea verensokeri (>15 mmol/l) toimenpiteitä:

Retket, liikuntapäivät ja muut erityistilanteet:

Koulumatkat, iltapäiväkerho:

Miten tieto diabeteksestä kulkee sijaiselle:

Muut muistettavat asiat:

Ateriasuunnitelma ja insuliiniannosohjeet on sovittu jatkettavaksi _____ asti, minkä jälkeen uusi arvio.

Päiväys _____

Yllämainitun lapsen huoltajana annan tässä lomakkeessa mainituille henkilöille luvan lapseni diabetekseen liittyvien toimien hoitamiseen lomakkeessa kirjattujen linjausten mukaisesti. Lisäksi annan luvan lapseni terveydentilaa koskevien tietojen luovuttamiseen tässä lomakkeessa mainituille sekä mahdollisesti ensiapuun osallistuville muille henkilöille. Sitoudun tiedottamaan lapseni hoidossa tapahtuneista muutoksista koulupäivän aikana hoidosta vastaaville henkilöille.

Huoltajan allekirjoitus _____

Lapsen allekirjoitus _____

Terveydenhoitajan allekirjoitus _____

Toimintamalli diabetesta sairastavan lapsen koulupäivän aikaisesta hoidosta, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:9, www.stm.fi/Julkaisut.