



Przedsiębiorstwo Turystyczne „Glob”

ul. Kajki 7/19, 10-546 Olsztyn, tel. +48 89/527-20-04

e-mail: i.grabia@wp.pl , www.globolsztyn.pl

KARTA DIABETOLOGICZNA UCZESTNIKA TURNUSU

Imię i nazwisko dziecka:

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na wykonywanie pomiarów temperatury, glukozy, iniekcji, zmiany wkluć u mojego dziecka przez osobę będącą opiekunem dziecka podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w Pogorzeli, w terminie 14.08 – 27.08.2022r.

TAK / NIE

2. Wyrażam zgodę na wykonanie iniekcji glukagonu w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia w przypadku ciężkiej hipoglikemii u mojego dziecka przez osobę bez wykształcenia medycznego, będącą opiekunem dziecka podczas pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w Pogorzeli, w terminie 14.08 – 27.08.2022r.

TAK / NIE

3. Wyrażam zgodę na leczenie szpitalne mojego dziecka w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia w czasie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym w Pogorzeli, w terminie 14.08 – 27.08.2022r.

TAK / NIE

.....

.....

Miejscowość, data

Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

1. Czy u dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie : drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenie nocne, częste szybkie męczenie się, jękanie, niedosłuch i inne?

.....

2. Czy dziecko jest: nieśmiałe, ma trudności w nawiązywaniu kontaktów, nadpobudliwe?

.....
.....

3. Czy dziecko choruje na (zaznaczyć kółkiem prawidłowe):

- cukrzycę typu 1 tak / nie
- celiakię tak / nie
- inną chorobę (jaką?).....

4. Czy lekarz zdiagnozował u dziecka alergię pokarmową? Jeżeli tak, co dokładnie

5. Czy dziecko wymaga podawania innych leków, oprócz insuliny? Jeżeli tak, to jakich (nazwa, dawkowanie)

.....
.....
.....

6. Czy dziecko posiada aktualne/a:

- orzeczenie o niepełnosprawności tak / nie
- legitymację osoby niepełnosprawnej tak / nie

STWIERDZAM, ZE Podałem/am wszystkie informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki na kolonii/obozie.

.....
Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

7. W miarę możliwości proszę o zakwaterowanie dziecka m.in. wraz z (Uczestnicy są kwaterowani z innymi w podobnym wieku, nie gwarantujemy, że do Państwa pokoju nie zostanie dołączone dodatkowo inne dziecko, które jedzie pierwszy raz i nie zna innych uczestników)

.....
(imię i nazwisko innego uczestnika turnusu)

KARTA INSULINOWA

Od kiedy dziecko choruje na cukrzycę:

Data i wartość ostatnio badanej HbA1C (hemoglobiny glikowanej) oraz wskaźnik TIR (Time-in-Range):.....

Korekta: na dzień: 1 jednostka insuliny obniża o mg/dl na noc: 1 jednostka insuliny obniża o mg/dl

Czy dziecko samodzielnie przelicza dawki insuliny do posiłku/korekty? Tak / Nie

Czy podczas turnusu dziecko będzie stosowało CGM, FGM lub inne? Jeżeli tak, co dokładnie

Przeliczenia stosuje na: tylko WW / WW i WBT / „kilokalorie” (tylko z węglowodanów) / „kilokalorie” (na cały posiłek, czyli białko, tłuszcze, węglowodany)

Dawka insuliny (na 1WW lub 100kcal): I ŚNIADANIE.....j II ŚNIADANIE.....j OBIAD.....j PODWIECZOREK..... KOLACJAj

Prosimy wypełnić jedną z poniższych rubryk w zależności od rodzaju stosowanej insulinoterapii na czas kolonii:

POMPA

Nazwa insuliny.....

Rodzaj pompy:

Czy stosuję bolus przedłużony WBT: Tak / Nie

Czy dziecko samo zmienia wkłucie do pompy? Tak / Nie

Godz.	Ilość jednostek bazy	Godz.	Ilość jednostek bazy
1.		13.	
2.		14.	
3.		15.	
4.		16.	
5.		17.	
6.		18.	
7.		19.	
8.		20.	
9.		21.	
10.		22.	
11.		23.	
12.		24.	

PENY

Nazwa insuliny krótkodziałającej:

Nazwa insuliny długodziałającej:

Godziny podawania insuliny długodziałającej:

.....godzj. godzj.

Inne ważne informacje dot. insulinoterapii i dziecka:

.....
Podpis rodzica/prawnego opiekuna