

Órdenes del Proveedor de atención médica para estudiantes con Diabetes usando Bomba de Insulina

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ escuela: _____ grado: _____

Médico: _____ teléfono: _____

Educador en diabetes: _____

Padre (s) y teléfono (s) _____

Monitoreo de glucosa en sangre (azúcar):

Monitorizar (marque todas las que apliquen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antes del almuerzo | <input type="checkbox"/> Antes del snack |
| <input type="checkbox"/> Después de almuerzo | <input type="checkbox"/> Antes de salir para llegar en autobús, ir a casa |
| <input type="checkbox"/> Antes de PE | <input type="checkbox"/> Como sea necesario para signos/síntomas de NIVELES DE AZÚCAR alta o baja |
| <input type="checkbox"/> Después de PE | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

Glucosa (NIVELES DE AZÚCAR en sangre/MCG) en la que los padres deben ser notificados de la sangre: bajo < _____ y alta > _____.

Estudiante **rango objetivo para NIVELES DE AZÚCAR en sangre/MCG** es ____.

Las siguientes dos secciones pueden ser saltadas si la escuela ha adoptado las normas de atención (Tabla 1)

Hipoglucemia: Utilizar normas de atención para el manejo de la Diabetes en el ambiente escolar, o en otro (véase abajo):

- ✓ Si la glucemia esta _____ – _____ pero sintomática, tratar con 10 a 15 gm hidratos de carbono.
- ✓ Si síntomas leves (por ejemplo, tembloroso, hambre, pálido) y NIVELES DE AZÚCAR < _____, tratar con jugo, tabletas de glucosa, etc. cada 10-15 min hasta NIVELES DE AZÚCAR encima de _____. Entonces dar 10-15 gm carbohidratos o almuerzo.
- ✓ Si los síntomas son moderados (por ejemplo, no pensar claramente), pueden ser incapaces de beber de forma independiente. Checar NIVELES DE AZÚCAR y administrar azúcar en forma de bebida o glucosa en gel. Vuelva a checar y dar una fuente de azúcar cada 15 minutos hasta que tengan NIVELES DE AZÚCAR encima de _____. Luego dele 10-15 gm carb o dar la comida.

Si la reacción es grave (convulsiones, inconsciente), checar NIVELES DE AZÚCAR y administrar glucagón _____ unidad(es) (_____ cc/ml) IM en muslo. **NO Dé nada por la boca! Llame 911 y a LOS PADRES.**

No dar insulina para carbohidratos al tratar hipoglucemia hasta que la NIVELES DE AZÚCAR > _____ y el estudiante haya comido.

Hiperoglucemia y medición de cuerpos cetónicos: Utilizar normas de atención para el manejo de la diabetes en el ambiente escolar, o en otro (véase abajo):

- NIVELES DE AZÚCAR > 300 mg/dl (16.7 mmol/L) en dos ocasiones \cong 1 hora aparte o enfermedad/vómitos, hacer la prueba de cetonas. Si las cetonas están presentes, el estudiante puede requerir insulina inyectable.
- en primer lugar, póngase en contacto con los padres. Luego llame al proveedor de atención médica para obtener instrucciones adicionales. Revisar cetonas en orina o sangre.
- si las cetonas están presentes, llamar a los padres, proporcionar agua y no permitir al estudiante practicar ejercicio.
- Se recomienda sacar al estudiante de la escuela si las cetonas son moderados y grandes o tiene síntomas de la enfermedad, con el fin de tratar y supervisar más estrechamente por parte del padre o tutor.

(\cong = aproximadamente)

El nivel de autocuidado por parte de estudiante: (Nivel de capacidad determinada por la enfermera de la escuela y los padres con aprobación del proveedor de cuidado de la salud)

Necesita ayuda con la bomba	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Independientemente administra insulina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Independientemente monitorea la glucosa en la sangre/MCG	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Independientemente trata hipoglucemia leve	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Independientemente cuenta carbohidratos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Prueba e interpreta cetonas en sangre/orina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Independientemente administra insulina en bolos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Auto inyecta con verificación de dosificación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Independientemente inserta set de infusión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Inyecciones por personal capacitado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Soluciona todas las alarmas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Órdenes para la bomba de insulina (La insulina para los carbohidratos más dosis de corrección para glucosa alta)

_____ unidades de insulina por _____ gramos de carbohidratos. Bolos para carbohidratos deben ocurrir: ≈ 20 minutos antes del almuerzo, inmediatamente antes del almuerzo, después del almuerzo, bolo $\frac{1}{2}$ antes y bolo $\frac{1}{2}$ después (circule uno).

Los factores de Corrección (o sensibilidad):

_____ unidad de insulina por cada _____ puntos de glucosa por encima de la nivel de glucosa objetivo.

Fallas en la Bomba de Insulina

Desconecte la bomba cuando esté funcionando mal.

Dosis de insulina:

Si la bomba está funcionando, calcular la dosis de insulina mediante el uso de la calculadora de bolos de la bomba y luego dar la dosis de insulina mediante inyección.

Si la bomba no está operativa:

- Dar insulina como se indica aquí: _____
- Llamar a los padres y proveedores de cuidado de la salud (para obtener ordenes)
- Dar insulina según dosis de insulina para carbohidratos y Factor de corrección (ver arriba).

Comentarios:

Padre/tutor autorizado para aumentar o disminuir la proporción insulina-a-carb dentro de: ([1 unidad/por gramos de carbohidratos]; [+ /-5 gramos de carbohidratos] circule uno). Ajustes no exceder más de tres veces en una semana para NIVELES DE AZÚCAR en sangre/MCG por debajo del rango meta y no debe exceder más de dos veces en una semana para NIVELES DE AZÚCAR por encima del rango meta.

FIRMAS

Mi firma a continuación proporciona autorización para lo anterior escrito e intercambio de información de salud para ayudar a la enfermera escolar en el desarrollo de un Plan de salud Individual. Yo entiendo que todos los procedimientos se aplicarán conforme a las leyes estatales y reglamentos y pueden ser realizados por personal de la escuela sin licencia bajo el entrenamiento y supervisión proporcionada por la enfermera escolar. Esta orden es para un máximo de un año.

Médico: _____ fecha: _____

Padres: _____ fecha: _____

Enfermera de la escuela: _____ fecha: _____