

## SUUNNITELMALOMAKE

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 \_\_\_\_\_

#### Ateriat

*(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](http://www.stm.fi/Julkaisut).*