


| | | | |
|--|---|--|--|
|  Tomelilla kommun | Huvudrubrik Skolhälsovård | Underrubrik Lokal rutin för skolpersonal | Dokumentnamn Handlingsplan för elev med diabetes |
| | Upprättad av: Lisbeth Andersson Medicinskt ledningsansvarig skolsköterska | | Utgåva 1 |
| | Fastställd/godkänd av Richard Selméus Skolläkare | | Giltig fr o m: 120822 |

Handlingsplan för elev med diabetes

(Egenvårdsplan)

Barnets namn: Födelsedata:

Viktig information vid för lågt blodsocker <3.5-4 mmol/l

Kallas också insulinkänning eller hypoglykemi.

Mina symtom på lågt blodsocker är:


Åtgärder:

1. Gedruvsockertabletter alternativtdl söt saft eller juice.
2. Vid behov upprepa druvsockerdosen och ge eventuellt även en smörgås om det är mer än 30-60 minuter till nästa måltid.

OBS! Ge inte vätska till någon som är medvetslös och inte kan svälja!

Åtgärdsplan om barnet/tonåringen är svårkontaktbar eller medvetslös:

1. Ring ambulans, telefon 112
2. Uppge ditt namn och varifrån du ringer
3. Uppge barnets ålder och att barnet har diabetes
4. Beskriv tillståndet, till exempel slö eller medvetslös
5. Om möjligt och överenskommet ges glucagon.
6. Ring vårdnadshavare

| | | | |
|--|---|--|--|
|  Tomelilla kommun | Huvudrubrik Skolhälsovård | Underrubrik Lokal rutin för skolpersonal | Dokumentnamn Handlingsplan för elev med diabetes |
| | Upprättad av: Lisbeth Andersson Medicinskt ledningsansvarig skolsköterska | | Utgåva 1 |
| | Fastställd/godkänd av Richard Selméus Skolläkare | | Giltig fr o m: 120822 |

Blodsockertester

Testar inte själv, får all hjälp av

Testar själv med hjälp av

Testar och tolkar blodsockret helt själv

Tar vanligen blodsockerprover kring klockan

Det här behöver jag ha hjälp med när det gäller blodsockertester:

.....

Insulin

Jag kan inte självständigt bestämma dos och injicera insulin med min insulinpenna eller pump

Jag kan självständigt bestämma dos och injicera insulin med min insulinpenna eller pump

Person(er) som fått instruktioner i att bedöma insulin dosen och i att injicera dosen eller dosera den i insulinpump:

Det här behöver jag ha hjälp med när det gäller insulin:.....

.....

| | | | |
|------------|------------|--------------------|-------------------|
| Mat | kl. | Insulinsort | Insulindos |
|------------|------------|--------------------|-------------------|

mellanmål fm:

lunch:

mellanmål em:

Speciell information kring mat och mellanmål:

.....

.....

Vid fysisk aktivitet

.....

Annan kompletterande information; ex åtgärd vid högt blodsockervärde:

.....

.....

Datum

.....

Förälderns namnteckning

Telefon dagtid

.....

Personal som tagit emot informationen

Rektor

OBS! Läkemedel skall förvaras på ett säkert sätt. Kontrollera utgångsdatum regelbundet
 (Denna blankett fylls i och kopieras när läkemedelsbehandlingen påbörjas/ändras. 1 ex förvaras tillsammans med läkemedlet, 1ex lämnas till förälder och 1ex lämnas till skolsköterskan.)