

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Παρακαλείται ο γονέας ή κηδεμόνας να συμπληρώσει τα παρακάτω στοιχεία:

Όνοματεπώνυμο παιδιού:.....

Ημερομηνία γέννησης:.....

Διεύθυνση:.....

Τηλέφωνο:..... Κινητό:.....

Θεράπων ιατρός:.....

Διαβητολογικό Κέντρο παρακολούθησης:.....

Ημερομηνία διάγνωσης Διαβήτη:.....

Έχει συμμετάσχει το παιδί στο παρελθόν σε παρόμοια κατασκήνωση? ΝΑΙ /ΟΧΙ

Είδος αντλίας ινσουλίνης:.....

Γευματικά bolus	
ΠΡΩΙ	
ΜΕΣΗΜΕΡΙ	
ΒΡΑΔΥ	

Ώρες	Διορθωτικό bolus	Ινσουλίνη/ισοδύναμο

Συνολικός βασικός ρυθμός:.....

Σύνολο ινσουλίνης 24ώρου:.....

Τύπος καθετήρα: πλάγιος / κάθετος

Αλλαγή καθετήρα ανά:.....

Παθαίνει το παιδί υπογλυκαιμίες και πόσες εβδομαδιαίως?.....

Με ποια συμπτώματα εκδηλώνεται συνήθως η υπογλυκαιμία?.....

Αντιλαμβάνεται το παιδί την υπογλυκαιμία? ΝΑΙ / ΟΧΙ

Επεισόδια νυχτερινής υπογλυκαιμίας εμφανίζει το παιδί ? ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ πόσα εβδομαδιαίως?.....

Έχει εμφανίσει το παιδί επεισόδια σοβαρής υπογλυκαιμίας, κατά την οποία χρειάζεται τη βοήθεια τρίτου για να την αντιμετωπίσει?

Αν ΝΑΙ πόσο συχνά και πότε συνέβη το τελευταίο επεισόδιο?.....

Έχει το παιδί κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας? Αν ΝΑΙ γράψτε ποιο και τι αγωγή ακολουθείτε?.....

.....

Μήπως έχει το παιδί κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα ή φοβία? ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ γράψτε:.....

Βραδινή ενούρηση? ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αλλεργίες (σε φάρμακα, σκόνη, φαγητό, άλλο) ΝΑΙ / ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ γράψτε:.....

Διαιτολόγιο (θερμίδες):.....

Αν ακολουθεί συγκεκριμένο διαιτολόγιο παρακαλούμε γνωστοποιήστε το μας

ΒΑΣΙΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ

Ώρες	Μονάδες/ώρα