

ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ

ΧΡΗΣΗ ΠΕΝΑΣ 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

Τύποι ινσουλίνης: α)..... β)..... γ).....

Δόση ινσουλίνης:

	ΠΡΩΙ	ΜΕΣΗΜΕΡΙ	ΒΡΑΔΥ	ΠΡΟ ΥΠΝΟΥ
1 μονάδα ινσουλίνης κατεβάζει το σάκχαρο mg/dl				
Μονάδες ινσουλίνης ανά ισοδύναμο υδατανθράκων				
Στόχος σακχάρου αίματος				
Βασική ινσουλίνη				

(αν ακολουθείτε κάποια κλίμακα παρακαλούμε συμπληρώστε στην επόμενη σελίδα)

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

ΚΛΙΜΑΚΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ/ ΥΠΕΡΤΑΧΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ