



## Diabetes under skoldagen – Plan för egenvård

Foto

**Elevens uppgifter**

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| För- och efternamn | Personnummer  |
| Förskola/skola     | Klass/årskurs |

**Huvudansvariga lärare/assistenter på skolan**

|                    |
|--------------------|
| För- och efternamn |
| För- och efternamn |

**Vårdnadshavare**

|                    |         |
|--------------------|---------|
| För- och efternamn | Telefon |
| För- och efternamn | Telefon |

|                       |         |
|-----------------------|---------|
| Diabetessjuksköterska | Telefon |
| Sjukhus               |         |

**Viktig information vid för lågt blodsocker < 3,5-4 mmol/l - Kallas insulinkänning eller hypoglykemi.**

Mina symtom på lågt blodsocker är

**Åtgärder**

1. Ge \_\_\_ druvsockertabletter alternativt \_\_\_ dl 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 väska till någon som är medvetslös och inte kan svälja!****Åtgärdsplan om barnet 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



### Blodsockertester

- Testar inte själv, får hjälp av
- Testar själv med hjälp av
- Testar och tolkar blodsockret helt själv

Tar vanligen blodsockerprovet 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

Personer som fått instruktioner i att bedöma insulindosen och i att injicera dosen eller dosera den i insulinpumpen

Det här behöver jag ha hjälp med när det gäller insulin

### Måltider

|  |         |             |            |
|--|---------|-------------|------------|
| Mellanmål förmiddag                          | Klockan | Insulinsort | Insulindos |
| Lunch  | Klockan | Insulinsort | Insulindos |
| Mellanmål eftermiddag                        | Klockan | Insulinsort | Insulindos |
| Speciell information kring mat och mellanmål |         |             |            |

### Vid fysisk aktivitet

|  |
|--|
|  |
|--|

### Annan kompletterande information; ex åtgärd vid högt blodsockervärde

|  |
|--|
|  |
|--|

### Underskrift

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Planen är skriven den | Gäller senast till den - Då ny plan diskuteras |
|-----------------------|--|

|   |                            |                              |
|---|----------------------------|------------------------------|
| Barnets underskrift   | Vårdnadshavare underskrift | Ansvarig personalunderskrift |
| Ansvarig Barndiabetesläkare/Diabetessjuksköterska underskrift |                            |                              |