**ARS**:       **ACES/ULS/Hospital**:       **Ano letivo:** 20     /20

**1. Identificação DA CRIANÇA/JOVEM**

|  |
| --- |
| Nome: |
| Data Nascimento:      /     /      Sexo: M F N.º utente do SNS  (dia/mês/ano) |
| Pais ou Encarregados de Educação (nome e contacto, incluindo correio eletrónico, caso tenha): |
| Médico Família/ M. Assistente: Dr.(ª) |
| Escolaque frequenta: |
| Contacto da Escola: |
| Contacto do Diretor: |
| Contacto do Prof. Coordenador PES: |
| Nível de Educação/Ensino: Pré-escolar 1ºCEB 2ºCEB 3ºCEB E. Secundário Outro. Qual? |
| Ano de Escolaridade:     Turma: |
| Professor titular/Diretor de Turma: |
| Elemento(s) de referência na Escola: |
| OBS: |

**2. Contactos**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.1. em caso de urgÊncia** | RELAÇÂO | Tel./tlm |
| 1.º |  |  |
| 2.º |  |  |
| 3.º |  |  |
| 2.2. da equipa de saúde escolar | Unidade de saúde | Tel./tlm |
| Enf.º |  |  |
| Médico: |  |  |
| Outro. |  |  |
| 2.3. do enfermeiro/ médico família | Unidade de saúde | Tel./tlm |
| Enf.º |  |  |
| Médico: |  |  |
| Outro. |  |  |
| 2.4. da consulta da especialidade | Horário de atendimento | Tel./tlm |
| Nome: |  |  |
| Enf.º |  |  |
| Médico: |  |  |
| Outro. |  |  |
| OBS: | | |

**3. CONDIÇÃO DE SAÚDE**

Descreva as condições de saúde que levaram à referenciação da criança/jovem para a equipa de Saúde Escolar.

|  |
| --- |
| **Diagnóstico da Diabetes *Mellitus* Tipo 1** |
| Data do diagnóstico  Método de tratamento: Canetas de Insulina  Perfusão subcutânea contínua de insulina  Método de avaliação de glicose: Glicemia capilar  Glicose intersticial  Número de hipoglicemias graves no último ano:  Número de internamentos por DM não compensada:  Controlo atual: |
| Outros antecedentes de saúde relevantes: |

**4. INTERVENÇÃO NA ESCOLA**

Assinale no quadro infra as **medidas de saúde** que terão de ser realizadas **na escola tendo em conta o horário da criança**/**jovem com DM1.**

|  |  |
| --- | --- |
| **4.1.INSULINOTERAPIA**  (de acordo com a informação  constante no Plano Terapêutico) | Caneta de insulina  Calculador de bólus  Perfusão subcutânea contínua de insulina  (bomba de insulina) |
| Pequeno-almoço | Glicemia alvo       mg/dL;       U para       gr de HC;  U baixa      mg/dL de glicemia (FSI) |
| Lanche do meio da manhã | Glicemia alvo       mg/dL;       U para       gr de HC;  U baixa      mg/dL de glicemia (FSI) |
| Almoço | Glicemia alvo       mg/dL;       U para       gr de HC;  U baixa      mg/dL de glicemia (FSI) |
| 1.º lanche da tarde | Glicemia alvo       mg/dL;       U para       gr de HC;  U baixa      mg/dL de glicemia (FSI) |
| 2.º lanche da tarde | Glicemia alvo       mg/dL;       U para       gr de HC;  U baixa      mg/dL de glicemia (FSI) |
| Outra: | Glicemia alvo       mg/dL;       U para       gr de HC;  U baixa      mg/dL de glicemia (FSI) |
| OBS: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.2. AVALIAÇÃO E CONTROLO DA GLICEMIA CAPILAR/GLICOSE INTERSTICIAL**  Pelo(s) elemento(s) de referência da Escola (de acordo com a informação constante no Plano Terapêutico) | |
| Antes do pequeno-almoço |  |
| Antes do lanche do meio da manhã |  |
| Antes do almoço |  |
| Antes do lanche da tarde |  |
| Antes e após atividade física |  |
| Outra avaliação: |  |
| OBS: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.3. REFEIÇÕES ESCOLARES**  (Assinale as que são feitas na Escola de acordo com a informação constante no Plano Terapêutico) | |  | **Exceções** |
| Pequeno-almoço |  | | Dias de festa:   1. antes de comer fazer a determinação da   Glicemia capilar/glicose intersticial;   1. ajustar as doses de Insulina às porções que   ingeriu ou vai ingerir. |
| Lanche do meio da manhã |  | |
| Almoço |  | |
| Lanche da tarde |  | |
| Outra: |  | |
| OBS: | | | |

|  |
| --- |
| **4.4. EDUCAÇÃO FÍSICA E ATIVIDADES EXTRACURRICULARES**  Descreva… |
| Atividades que realiza semanalmente: |
| Dias e horas dessas atividades: |
| Duração continuada das atividades: |
| Cuidados a ter antes das atividades: |
| Necessidade de avaliação/reavaliação da glicemia durante as atividades: |
| Necessidade de reforço alimentar durante as atividades: |
| Necessidade de ajuste de dose(s) de insulina(s): |
| OBS: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.5. NÍVEL DE AUTONOMIA**  **da criança/jovem com DM1** | Dependente | Autónomo | Necessita  supervisão |
|
| Avaliação Glicemia Capilar |  |  |  |
| Avaliação de Glicose Intersticial |  |  |  |
| Registos |  |  |  |
| Administração de Insulina |  |  |  |
| Correção da Hipoglicemia ligeira |  |  |  |
| Correção da Hiperglicemia |  |  |  |
| Avaliação de Cetonemia |  |  |  |
| Contagem de Hidratos de Carbono |  |  |  |
| Substituição de conjunto de cânula e cateter de infusão do  Sistema de Perfusão Subcutânea de Insulina |  |  |  |
| OBS: | | | |

**5. RECOMENDAÇÕES DA EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR:**

Na escola a criança/jovem com DM1 pode ter episódios de:

|  |  |
| --- | --- |
| **HIPOGLICEMIA** (Níveis baixos de açúcar no sangue – Glicemia inferior a      mg/dl)  (informação no Plano Terapêutico – Anexar algoritmo terapêutico) | |
| **Sintomas frequentes** | **Sintomas típicos deste aluno** |
| Fome |  |
| Tremores |  |
| Suores frios |  |
| Alterações de humor |  |
| Sonolência |  |
| Falta de concentração |  |
| Palidez |  |
| Dor abdominal |  |
| Outros | |
| **MEDIDAS**  Se **HipoglicEmia Ligeira a moderada**: agir de acordo com o plano terapêutico  Se a **criança/Jovem está INconsciente**: colocar em posição lateral de segurança  + n**http://www.childrenwithdiabetes.com/gifs/products/GlucaGenA1280.jpg**ão dar nada a comer ou beber  + administrar **GLUCAGON** na dose recomendada  + alertar o 112  + contactar os pais ou encarregado de educação | |

|  |  |
| --- | --- |
| **HIPERGLICEMIA** (Níveis elevados de açúcar no sangue – Glicemia superior a      mg/dl  (informação no Plano Terapêutico – Anexar algoritmo terapêutico) | |
| **Sintomas frequentes** | **Sintomas típicos deste aluno** |
| Fome |  |
| Boca seca |  |
| Sede extrema |  |
| Náusea ou vómitos |  |
| Dor abdominal |  |
| Respiração ofegante |  |
| Sonolência |  |
| Alteração do estado de consciência |  |
| Outros: | |
| **MEDIDAS**:  Se glicemia superior a      mg/dl: Avaliar CETONEMIA   1. CETONEMIA ≥ 0,6mmol/l: 2. Contactar de imediato os pais ou encarregado de educação | |

**6. ADAPTAÇÕES AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO:**

a) Durante a realização dos exames e/ou provas, pode ser necessário que a criança/jovem com DM1 tenha na sala e possa utilizar o material de monitorização da glicemia (glicómetro, tiras e aparelho de punção)/glicose intersticial, bem como a caneta ou dispositivo de perfusão subcutânea contínua de insulina (bomba de insulina) através da qual faz a sua medicação. Também pode ter acesso a açúcar/glicose e água para correção de eventual hipoglicemia e refeição ligeira.

Nos casos em que os mecanismos de correção de eventual hipoglicemia possam perturbar a realização dos exames e/ou provas dos restantes alunos, o aluno com DM1 pode, por autorização do diretor da escola, realizar os mesmos em sala à parte.

b) Pode ser necessária a interrupção do exame para correção da hipoglicemia, devendo ser dada a correspondente compensação de tempo.

c) Durante a realização dos exames e/ou provas, deve estar disponível em tempo útil, um elemento de referência capacitado para resolver situações de hipoglicemia ou hiperglicemia, caso a criança/jovem necessite de auxílio.

d) Outras observações:

**7. PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL RATIFICADO POR:**

|  |  |
| --- | --- |
| Pais ou Encarregados de Educação | (nome) |
| Diretor da Escola | (nome) |
| Equipa de Saúde Escolar | (nome) |

Data da avaliação inicial:     /     /

Data prevista para a reavaliação:     /     /

AUTORIZAÇÃO

(Pais ou Encarregado de Educação) da criança/jovem       autorizo os cuidados de controlo e tratamento da Diabetes *Mellitus* Tipo 1, conforme descrito neste Plano de Saúde Individual e concordo com a transmissão da informação contida no respetivo Plano aos profissionais da Escola envolvidos.

Data:

Assinatura(s) do(s) Pais ou Encarregado de Educação

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_