**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 terapêuticoSe 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 CETONEMIA1. 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

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