

此表格应由\_\_\_\_\_的父母和学校护士在开学第一天之前填好。

如果在上学期间出现健康问题，学校护士应该打电话/发短信给谁？

\_\_\_\_\_  
名字 关系 电话号码

\_\_\_\_\_  
名字 关系 电话号码

学校的护士是否应该注意到任何文化/宗教相关的问题(就是使用技术、禁食、其它)？请说明:

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

## 学生自理能力

- 不需要指导       需要全面指导  
 需要一些指导: 由学校护士和家长来决定该能力

## 监测血糖情况

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 根据低/高血糖征兆/症状的需要 | <input type="checkbox"/> 上体育课后            |
| <input type="checkbox"/> 课前活动            | <input type="checkbox"/> 课外活动             |
| <input type="checkbox"/> 吃点心前            | <input type="checkbox"/> 担心行为             |
| <input type="checkbox"/> 课后活动            | <input type="checkbox"/> 调好后的两个半小时        |
| <input type="checkbox"/> 午餐前             | <input type="checkbox"/> 学校放学             |
| <input type="checkbox"/> 午餐后             | <input type="checkbox"/> 坐公车/步行回家之前       |
| <input type="checkbox"/> 休息              | <input type="checkbox"/> 连续血糖监测器(CGM)发出警报 |
| <input type="checkbox"/> 上体育课前           | <input type="checkbox"/> 其它: _____        |

## 每天糖尿病常规

每天吃点心 (时间): \_\_\_\_\_  
验血糖: 时间: \_\_\_\_\_ 地点: \_\_\_\_\_  
吃早餐的 (时间): \_\_\_\_\_  
吃午餐的 (时间): \_\_\_\_\_  
休息时间: \_\_\_\_\_  
打胰岛素: 时间: \_\_\_\_\_ 地点: \_\_\_\_\_  
上体育课日期/时间: \_\_\_\_\_

继续下一页

## **在课堂上该考虑的因素**

无论学生经历高血糖反应或低血糖反应时，他的思考过程可能会受到不利的影  
所以，在发作前和治疗后至少一小时内，需要根据情况提供适当的特别通融。

**要通知课堂的老师** 如果学生的血糖数子可能会影响他的功能，就是，血糖低于80毫克/分升或超过250毫克/分升，：

- 学生口头告知
- 办公室写的字条
- 其它方法 (请注明): \_\_\_\_\_

**户外教学:** 携带所有糖尿病用品同时提供照顾:

- 由陪同参加的家长
- 根据户外教学程序/糖尿病照顾计划，有关：低/高血糖
- 其它: \_\_\_\_\_

**班上聚会:** 将按以下方式來处理款待的食物:

- 学生将吃该食物
- 使用家长提供的替代食物
- 变换该食物: \_\_\_\_\_
- 根据预先安排的计划多打安排好的胰岛素

**课后活动:**

请列明: \_\_\_\_\_

照顾计划交给: \_\_\_\_\_

## **其它的考量:**

**交通服务:**

你的孩子会:  坐公车(公车路线\_\_\_\_\_)  步行  由家长接走

**指定的成年家长代表 (PDA):**

是否有一位PDA 陪同你的孩子?  否  是 (如果有, 我们需要有PDA的文件)

**其它考量:** \_\_\_\_\_

*此表格应由家长和学校护士共同审阅和签署，同时交由学校保存。*

\_\_\_\_\_  
家长签名 填写名字 日期

\_\_\_\_\_  
学校护士签名 填写名字 日期