



# CARTILLA

DEL ALUMNO/A CON DIABETES

JUNTA DE EXTREMADURA



# CARTILLA

## DEL ALUMNO/A CON DIABETES

Este documento debe constituir el instrumento de comunicación habitual entre el personal del centro educativo, el enfermero/a de referencia del alumno/a con diabetes *mellitus* y los padres del mismo/a.

Deberá ser cumplimentada inicialmente por el enfermero/a de referencia del alumno/a. Posteriormente, deberá ser la base para la comunicación entre padres, profesores y personal sanitario, con anotaciones de todos ellos.

En caso de ocurrir alguna incidencia en el control de la enfermedad durante el horario escolar, deberá ser anotada en la hoja de registro y valorada posteriormente por el profesional/es sanitario/s que corresponda.



**Nombre y apellidos del alumno/a** \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (día/mes/año)

**Centro educativo al que asiste el alumno/a** \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono/s \_\_\_\_\_

Curso actual/aula \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico y tipo de diabetes \_\_\_\_\_

Diabetes tipo 1

Diabetes tipo 2

**Profesor/a de referencia del alumno/a**

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Teléfono/s de contacto \_\_\_\_\_

**Enfermero/a de referencia**

► Enfermero/a de referencia

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Centro de Salud \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono/s \_\_\_\_\_

## 2º Enfermero/a de referencia, si es el caso

### ► Enfermero/a de referencia

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

Centro de Salud \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono/s \_\_\_\_\_

**Tratamiento de la diabetes a fecha:** \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### ► Insulina. Cumplimentar según el método de administración:

#### Inyección subcutánea

##### • Tipo de insulina y pauta habitual de administración

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tipo de insulina: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tipo de insulina: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tipo de insulina: \_\_\_\_\_

#### Bomba de infusión continua

• Nombre de la bomba \_\_\_\_\_

• Dosis basal de insulina en el periodo lectivo \_\_\_\_\_ unidades

• Dosis de insulina en bolos \_\_\_\_\_

• Dosis total de insulina diaria (perfusión basal y bolos) \_\_\_\_\_ unidades

### ► Otros tratamientos

Nombre del medicamento y pauta habitual de administración

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anotaciones del profesorado y de los padres:

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

## Anotaciones del profesorado y de los padres:

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Anotaciones: \_\_\_\_\_

---

---

## HOJA DE REGISTRO

FECHA Y HORA	GLUCEMIA CAPILAR (MG/DL)	SÍNTOMAS Y EXISTENCIA O NO DE CUERPOS CETÓNICOS	ACTUACIONES REALIZADAS EN EL CENTRO EDUCATIVO	ANOTACIONES E INDICACIONES DEL PERSONAL SANITARIO TRAS VALORACIÓN, SI PROCEDE
				Fdo:
				Fdo:
				Fdo:
				Fdo:
				Fdo:
				Fdo:
				Fdo:

## HOJA DE REGISTRO

FECHA Y HORA	GLUCEMIA CAPILAR (MG/DL)	SÍNTOMAS Y EXISTENCIA O NO DE CUERPOS CETÓNICOS	ACTUACIONES REALI- ZADAS EN EL CENTRO EDUCATIVO	ANOTACIONES E INDICACIONES DEL PERSONAL SANITARIO TRAS VALORACIÓN, SI PROCEDE
				Fdo:



