



PLAN PERSONALIZADO

DEL ALUMNO/A CON DIABETES

JUNTA DE EXTREMADURA

PLAN PERSONALIZADO DE CUIDADOS DEL NIÑO/A Y ADOLESCENTES CON **DIABETES** EN EL CENTRO EDUCATIVO

A cumplimentar por el enfermero/a referente en DM del equipo de atención primaria en cuya zona de salud se ubica el centro educativo al que asiste el estudiante, de acuerdo con lo especificado en el apartado 5 del Protocolo.

El Plan deberá ser revisado y actualizado con periodicidad, al menos, anual, al inicio de cada curso escolar y cuando existan cambios significativos. Igualmente se aconseja que el enfermero/a referente actualice los datos que procedan en cada una de sus visitas.

Nombre y apellidos del alumno/a _____

Fecha de nacimiento ___/___/_____ (día/mes/año).

Fecha de diagnóstico y tipo de diabetes ___- ___- _____ (día/mes/año).

Diabetes tipo 1

Diabetes tipo 2

Centro educativo al que asiste el alumno/a _____

Curso actual y aula _____

Localidad: _____

Teléfono: _____

Nombre y apellidos del profesional referente del alumno/a en el centro educativo

Fecha de cumplimentación del Plan ___ - ___ - _____ (día/mes/año).

Personas de contacto

Padre o tutor

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Teléfono/s _____

Madre o tutora

Nombre y apellidos _____

Dirección _____

Teléfono/s _____

Otros contactos

Nombre y apellidos _____

Parentesco o relación con el alumno/a _____

Dirección _____

Teléfono/s _____

Nombre y apellidos _____

Parentesco o relación con el alumno/a _____

Dirección _____

Teléfono/s _____

Enfermero/a referente en DM del alumno/a

Nombre y apellidos _____

Centro de Salud _____

Dirección _____

Teléfono/s _____

2º Enfermero/a referente en DM del alumno/a u otros profesionales sanitarios, si es el caso

Nombre y apellidos _____

Centro de Salud _____

Dirección _____

Teléfono/s _____

Otros profesionales sanitarios (en su caso):

Centro de salud. Pediatra o médico de familia:

Nombre y apellidos _____

Centro de Salud _____

Dirección _____

Teléfono/s _____

Centro hospitalario de referencia

Nombre del centro _____

Dirección _____

Unidad de referencia: _____

Teléfono/s _____

TELÉFONO/S DE EMERGENCIAS PARA CONTACTAR CON LOS
PROFESIONALES SANITARIOS

112

Otros teléfonos en caso de emergencias _____

Monitorización de la glucosa en sangre (glucemia)

► Nivel esperado de glucosa en sangre

De _____ mg/dl a _____ mg/dl

► Horario habitual para realizar control/es de glucemia _____

► Otras ocasiones para hacer comprobaciones complementarias de glucosa en sangre (señalar):

Antes del ejercicio

Después del ejercicio

Síntomas de hipoglucemia

Síntomas de hiperglucemia

Otras (describir) _____

► ¿Puede el alumno/a realizarse sus propios controles?

Sí

No

Observaciones

► Tipo de medidor de glucosa que utiliza el alumno/a

Fecha __ / __ / __ _____

Fecha __ / __ / __ _____

Fecha __ / __ / __ _____

A cumplimentar en caso de tratamiento con Insulina

► Pauta habitual de administración:

- Tipo/s de insulina, nº de unidades, horario y zonas de administración:

Fecha __ / __ / __ _____

Fecha __ / __ / __ _____

Fecha __ / __ / __ _____

- ¿Puede el alumno/a administrarse la insulina por sí solo/a?

Sí

No

En caso negativo, los controles los realizarán los padres.

► Modificación de la dosis de insulina

- ¿Puede el alumno/a determinar correctamente la cantidad de insulina que necesita?

Sí

No

- ¿Existe autorización de los padres o tutores para administrar dosis diferentes a la habitual en caso de detectar niveles elevados de glucemia en sangre?

Sí

No

A cumplimentar en caso de otros tratamientos

► Pauta habitual de administración:

- Nombre del medicamento, dosis y horario _____

Fecha __ / __ / __ _____

Fecha __ / __ / __ _____

Fecha __ / __ / __ _____

- ¿Puede el alumno/a tomar la medicación por sí solo/a?

Sí

No

En caso negativo, esta función la llevarán a cabo los padres.

A cumplimentar en caso de otros tratamientos

► Tipo de insulina (nombre comercial) _____

► Dosis basal de insulina en el periodo lectivo _____ unidades

- ▶ Dosis de insulina en bolos en el periodo lectivo _____
- ▶ Dosis total de insulina diaria (perfusión basal y bolos): _____ unidades
- ▶ ¿El alumno/a está capacitado para el control correcto de su tratamiento por sí solo?
 - Sí
 - No

En caso negativo, esta función la llevarán a cabo los padres. Podrá requerirse la ayuda del enfermero/a referente en DM.

En caso negativo, señalar en qué aspectos necesita ayuda:

- Cálculo de raciones de hidratos de carbono y de la relación hidratos de carbono/insulina.
- Cálculo y administración correcta de bolos.
- Calcular y determinar dosis basal.
- Cálculo del bolo corrector según la cantidad de hidratos de carbono consumidos.
- Desconectar la bomba.
- Reconectar la bomba y el equipo de infusión.
- Insertar el equipo de infusión.
- Solucionar problemas de alarmas y mal funcionamiento de la bomba.

Comidas que se realizan en el centro educativo

**Consultar el apartado correspondiente de este Protocolo*

- ▶ ¿El alumno/a es capaz de calcular y repartir la ingesta de hidratos de carbono?
 - Sí
 - No
- ▶ Anotar a continuación el horario y cantidad de alimentos a ingerir en las comidas habituales:
 - Desayuno (cumplimentar si procede) _____
 - Media mañana _____

Comida (cumplimentar si procede) _____

Media tarde (cumplimentar si procede) _____

Cena (cumplimentar si procede) _____

► Ingesta de alimentos en relación con el ejercicio:

Antes del ejercicio _____

Durante el ejercicio _____

Después del ejercicio _____

► Otras circunstancias que precisan ingerir algún alimento _____

• Cantidad y alimentos de primera elección _____

• Cantidad y alimentos alternativos _____

► Instrucciones para cuando se ofrece comida en clase (fiestas de cumpleaños u otros eventos y actividades) _____

► Instrucciones para salidas y viajes con el centro educativo _____

► Instrucciones para situaciones de transporte escolar, si es el caso _____

Ejercicio físico y deporte

**Consultar el apartado correspondiente del Protocolo*

▶ Alimentos con hidratos de carbono de acción rápida deben estar disponibles en el lugar donde se realiza el ejercicio físico o el deporte.

• Algunas opciones: _____

▶ Si la glucemia está entre _____ mg/dl y _____, debe tomar _____

▶ El alumno/a no debe realizar ejercicio físico si el nivel de glucosa en sangre está por debajo de _____ mg/dl o por encima de _____ mg/dl, o si presenta cifras de cetonas en sangre u orina moderadas o severas.

Hipoglucemia (bajo nivel de glucosa en sangre)

**Consultar el apartado correspondiente a hipoglucemia del Protocolo*

▶ Síntomas que suele presentar el alumno/a en caso de hipoglucemia:

▶ Tratamiento de la hipoglucemia (señalar):

Si el alumno/a está consciente, administrar por vía oral algún suplemento de glucosa. Éstos se encuentran en: _____

Habitualmente, suele utilizar: _____

Si el alumno/a presenta pérdida de conciencia, convulsiones u otros síntomas que le impidan tragar, no administrar ningún alimento por vía oral. Avisar a los profesionales sanitarios y a los padres/madres.

Hiperglucemia (nivel elevado de glucosa en sangre)

**Consultar el apartado correspondiente a hiperglucemia del Protocolo*

► Síntomas que suele presentar el alumno/a en caso de hiperglucemia: _____

Suministros que pueden encontrarse en el centro educativo:

- Medidor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa, pilas del medidor de glucosa.
- Lancetas, guantes.
- Tiras para la determinación de cetona en orina y en sangre.
- Viales y jeringas de insulina.
- Bomba de insulina y suministros, así como catéteres, reservorio y pila, si es el caso.
- Bolígrafo de insulina, agujas, cartuchos de insulina.
- Fuente de glucosa de acción rápida.
- Tentempié que contenga hidratos de carbono.
- Kit de emergencia de glucagón.
- Pequeño contenedor para desechar el material utilizado.
- Recipiente hermético para guardar todo lo anterior, con el nombre y apellidos del estudiante.

Anotaciones de los/as profesionales implicados

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Anotaciones de los/as profesionales implicados

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Anotaciones de los/as profesionales implicados

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Anotaciones de los/as profesionales implicados

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

Manifiestan su conformidad con este Plan de Cuidados del alumno/a _____

D/D^a _____ en calidad de enfermero/a de
referencia del alumno/a _____

Fdo.: _____

D/D^a _____ en calidad de 2º enfermero/a
de referencia del alumno/a (si es el caso) _____

Fdo.: _____

D/D^a _____ en calidad de padre, y/o

D/D^a _____ en calidad de madre, o

D/D^a _____ en calidad de tutor/a del alumno/a.

Fdo.: _____

D/D^a _____ en calidad de profesional de
referencia en diabetes del centro educativo.

Fdo.: _____

En _____ a _____ de _____ de _____

