

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
-------------------------------	-----------------------------

Plan de manejo médico de la diabetes (DMMP) De acuerdo con UCA 53G 9 504 y 53G 9 506 Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah Junta de Educación del Estado de Utah	Foto del estudiante
---	---------------------

1. Información demográfica (el padre debe completar)		Año escolar:	Grado:
Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2	Edad al diagnóstico:
Nombre del padre # 1:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Nombre del padre # 2:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Otro nombre de contacto:	Teléfono:	Correo electrónico:	
Escuela:	Teléfono de la escuela:	Fax de la escuela:	

Hora de llegada del estudiante:	Hora de salida del estudiante:
---------------------------------	--------------------------------

Rango objetivo de glucosa en sangre (glucosa): entre ____ y ____

Notificar a los padres/tutores cuando la glucosa esté por debajo de ____ mg/dL o por encima de ____ mg/dL.

Llega a la escuela en (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Caminando/bicicleta <input type="checkbox"/> Auto/carro <input type="checkbox"/> Autobús (autobús # ____, tiempo en el autobús ____) <input type="checkbox"/> Otro (especifique): <input type="checkbox"/> Asiste al programa antes de la escuela.	Después de la escuela: <input type="checkbox"/> Se va a la casa <input type="checkbox"/> Asiste al programa después de la escuela. Regresa a la casa (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Caminando/bicicleta <input type="checkbox"/> Auto/carro <input type="checkbox"/> Autobús (autobús # ____, tiempo en el autobús ____) <input type="checkbox"/> Otro (especifique):
---	--

Desayuno (dónde normalmente desayunará el estudiante):

desayuno escolar (el personal puede ayudar con el conteo de carbohidratos) El estudiante desayunará en casa

Almuerzo (donde normalmente almorzará el estudiante):

almuerzo escolar (el personal puede ayudar con el conteo de carbohidratos) almuerzo en casa (los padres deben proporcionar el recuento de carbohidratos)

2. Habilidades de automanejo

	Necesita apoyo total	Necesita supervisión	Independiente
Monitoreo de glucosa: <input type="checkbox"/> Medidor <input type="checkbox"/> CGM	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Conteo de carbohidratos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administración de insulina: <input type="checkbox"/> Jeringa y vial <input type="checkbox"/> Pluma <input type="checkbox"/> Bomba	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Puede identificar signos y síntomas de hipoglucemia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede extraer insulina (jeringa y vial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede calcular la dosis (basada en carbohidratos y glucosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede ingresar información en la bomba/pluma inteligente de insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede administrar una inyección de insulina (o una dosis con una bomba o una pluma inteligente de insulina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

3. Historia pasada de glucosa extrema.¿El estudiante ha perdido el conocimiento, ha experimentado una convulsión o ha necesitado glucagón? Sí No

En caso afirmativo, fecha del último evento:

Describa lo que pasó:

¿El estudiante ha sido admitido por CAD después del diagnóstico? Sí No

En caso afirmativo, fecha del último evento:

Describa lo que pasó:

4. Monitoreo de glucosa en la escuela**Cuando controlar la glucosa:** Antes de las comidas Antes de los exámenes Antes de actividades físicas Después de actividades físicas Antes de salir de la escuela Con molestias/enfermedades físicas. Síntomas altos o bajos Otros (especifique):**Información Adicional:**

1. El estudiante puede realizar pruebas de glucosa cuando y donde sea necesario.

2. Siempre se debe permitir al estudiante acceso a fuentes de glucosa de acción rápida.

El estudiante usa un CGM: Sí No En caso afirmativo, complete el anexo del CGM (n.º 8) a continuación.**5. Consideraciones especiales (Educación física, fiestas de clase o refrigerios, excursiones)****Ejercicio (incluyendo recreo y educación física):** cuando controlar la glucosa Antes del ejercicio Cada 30 minutos durante el ejercicio prolongado Después del ejercicio Con síntomas
 Retrase el ejercicio si la glucosa está por debajo de ____ mg/dL (80 mg/dL por defecto).

Fiestas escolares o refrigerios (el personal no administrará bolos mediante inyección de insulina para los refrigerios, pero corregirá la hiperglucemia antes del almuerzo):

 El estudiante puede comer bocadillos con el resto de la clase. Si usa una bomba o una pluma inteligente de insulina, puede dosificar los carbohidratos. Si usa inyecciones, el estudiante recibirá una dosis correctora antes de almorzar. El estudiante debe guardar el refrigerio para la hora del almuerzo No hay cobertura para refrigerios/fiestas El estudiante debe llevarse el refrigerio a la casa. Los padres proporcionarán un refrigerio alternativo. Otro (especifique):

Excursiones: se debe notificar a los padres y a la enfermera de la escuela sobre las excursiones con anticipación para que se pueda realizar una planificación y capacitación adecuadas.

Por favor especifique las instrucciones:

Otras Consideraciones:

Los maestros suplentes deben estar conscientes de la situación de salud del estudiante, pero de una manera que mantenga la privacidad de los estudiantes.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
-------------------------------	-----------------------------

6. Manejo de niveles bajos de glucosa (hipoglucemia)

HIPOglucemia: cuando la glucosa está por debajo de 80 (o por debajo de ____)
Causas: demasiada insulina, omitir o retrasar comidas o refrigerios, no comer suficiente comida, actividad física intensa o no planificada, estar enfermo
Inicio: repentino, los síntomas pueden progresar rápidamente.

HIPOglucemia leve o moderada Por favor verifique los síntomas anteriores.	HIPOglucemia severa Por favor verifique los síntomas anteriores.
--	---

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Cambio de comportamiento <input type="checkbox"/> Llanto <input type="checkbox"/> Confusión <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Somnolencia <input type="checkbox"/> Hambre <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Dificultad para hablar <input type="checkbox"/> Sudoración <input type="checkbox"/> Debilidad <input type="checkbox"/> Cambio de personalidad <input type="checkbox"/> Mala concentración <input type="checkbox"/> Mala coordinación <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Combativo <input type="checkbox"/> Incapacidad para comer o beber <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
|--|---|

Acciones para la HIPOglucemia leve o moderada	Acciones para la HIPOglucemia severa
--	---

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Dele al estudiante entre 12 y 18* gramos de fuente de glucosa de acción rápida**. 2. Espere 15 minutos. 3. Vuelva a controlar la glucosa. 4. Repita la fuente de glucosa de acción rápida si los síntomas persisten o si la glucosa es inferior a 80 o ____. <p><input type="checkbox"/> Para hipoglucemia leve: en las comidas, dosis de todos los carbohidratos menos 15 gramos si la glucosa está por debajo del rango objetivo. Permita que el estudiante coma. Vuelva a realizar la prueba 15 minutos después de comer.</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique):</p> <p>*Los estudiantes que utilicen dispositivos automáticos de administración de insulina solo necesitarán de 5 a 10 gramos.</p> <p>**Fuentes de glucosa de acción rápida (12 a 18 gramos de carbohidratos): 3 a 4 tabletas de glucosa o 4 onzas de jugo o un paquete de 0,9 onzas de bocadoillos de frutas</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. No intente dar nada por la boca. 2. Colóquelo de lado, si es posible. 3. Póngase en contacto con personal capacitado en diabetes. 4. Administrar glucagón, si se lo recetan. 5. Llame al 911. Quédese con el estudiante hasta que llegue el 911. 6. Contactar al padre/tutor. 7. Quédese con el estudiante. 8. Si el estudiante tiene una bomba, desconecte o suspenda la insulina en el dispositivo. 8. Otros (especifique): |
|---|---|

¡Nunca envíe a un estudiante con sospecha de glucosa baja a ningún lado solo!

- Prevención de niveles bajos de glucosa:
1. Permitir que el estudiante tenga acceso inmediato a fuentes de tratamiento para niveles bajos de glucosa.
 2. Fomentar y brindar acceso a agua para hidratarse, carbohidratos para tratar/prevenir la hipoglucemia y privilegios para ir al baño.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
-------------------------------	-----------------------------

7. Manejo de niveles altos de glucosa (hiperglucemia)

HIPERglucemia: cuando la glucosa es superior a 250 (o superior a ____).
Causas: muy poca insulina, demasiada comida, mal funcionamiento de la bomba de insulina o del equipo de infusión, disminución de la actividad física, enfermedad, infección, lesión, estrés físico o emocional severo
Inicio: durante varias horas

HIPERglucemia leve o moderada Por favor verifique los síntomas anteriores.	HIPERglucemia severa Por favor verifique los síntomas anteriores.
---	--

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cambio de comportamiento <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
<input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolores de estómago
<input type="checkbox"/> Fatiga/somnolencia <input type="checkbox"/> Sed/boca seca
<input type="checkbox"/> Micción frecuente
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): | <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Dolor abdominal intenso
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos
<input type="checkbox"/> Aumento del hambre <input type="checkbox"/> Aliento dulce y afrutado
<input type="checkbox"/> Disminución de la conciencia
<input type="checkbox"/> Cambios en la respiración (respiración de Kussmaul)
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
|--|---|

Acciones para la HIPERglucemia leve o moderada	Acciones para la HIPERglucemia grave
---	---

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Permitir privilegios liberales de baño
<input type="checkbox"/> Permitir el acceso libre y liberal al agua y al baño.
<input type="checkbox"/> Administre la dosis correctora si usa una bomba o una pluma inteligente de insulina
<input type="checkbox"/> Comuníquese con los padres si la glucosa es superior a ____ mg/dL
<input type="checkbox"/> Permitir que el estudiante permanezca en clase
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): | <input type="checkbox"/> Administre la dosis correctora si usa una bomba o una pluma inteligente de insulina.
<input type="checkbox"/> Llamar a los padres/tutores
<input type="checkbox"/> Quédese con el estudiante
<input type="checkbox"/> Llame al 911 si el paciente tiene cambios respiratorios o disminución del conocimiento. Quédese con el estudiante hasta que llegue el 911.
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
|--|---|

Cuando ocurre hiperglucemia fuera de la hora de comer para estudiantes que reciben múltiples inyecciones diarias (MDI):
 1. Las dosis de corrección para aquellos estudiantes que usan MDI deben administrarse únicamente durante las comidas.
 2. Notificar al padre/tutor.
 3. Permitir el acceso irrestricto al baño.
 4. Dé más agua o bebidas sin azúcar (no jugos de frutas).
Cuando ocurre hiperglucemia fuera de la hora de comer para estudiantes que usan una bomba de insulina o una pluma inteligente de insulina:
 1. Las dosis de corrección o dosis de carbohidratos se pueden administrar en momentos distintos de las comidas (incluyendo refrigerios y fiestas) SÓLO según el cálculo de la bomba/pluma inteligente de insulina.
 2. Otros (especifique):

Nombre del estudiante:

Fecha de nacimiento:

8. Anexo del monitor continuo de glucosa (MCG) **No se aplica**

Todos los estudiantes que utilicen un MCG en la escuela deben tener la capacidad de controlar la glucosa mediante punción digital con un medidor en caso de falla del MCG o discrepancia aparente. Pruebe la glucosa con un medidor si hay una disparidad entre la lectura del MCG y los síntomas.

Monitoreo continuo de glucosa (MCG): Especificar marca y modelo:

Especificar equipo de visualización: Lector de dispositivos Teléfono inteligente Bomba de insulina

Reloj inteligente Tableta

El MCG es monitoreado remotamente por el padre/tutor

Alarmas de MCG: alarma baja ____ mg/dL (repetir ____) y alarma alta ____ mg/dL (repetir ____) si corresponde

Siempre:

Permitir que los estudiantes accedan a ver su dispositivo en todo momento (incluyendo el teléfono celular cuando se usa como dispositivo médico).

Permitir el acceso al wifi de la escuela para recopilar e intercambiar datos de sensores.

No deseche ningún suministro del MCG si el MCG falla. Envíe los componentes a la casa con el estudiante.

Realice una punción en el dedo si:

La lectura de glucosa está por debajo de ____ mg/dL o por encima de ____ mg/dL.

El MCG sigue leyendo por debajo de ____ mg/dL (predeterminado 70 mg/dL) 15 minutos después del tratamiento bajo.

El sensor CGM está desalojado o la lectura del sensor no está disponible.

Las lecturas del sensor son inconsistentes o están en presencia de alertas/alarmas o síntomas. No hay número ni flecha disponibles/presentes (significa que los datos del MCG no son precisos).

Mi estudiante actualmente utiliza uno de los siguientes sistemas de monitoreo continuo de glucosa que **están** aprobados por la FDA para tomar decisiones de tratamiento (especifique a continuación). Verifico que apruebo al personal de la escuela o a la enfermera de la escuela para tratar la hipoglucemia o administrar dosis de insulina según las lecturas de este MCG.

Sensor *Guardian 4*

Dexcom G6 o G7

Freestyle Libre 14-días (Freestyle Libre 1)

Freestyle Libre 2 o Libre 3

Otros (especifique):

Mi estudiante actualmente utiliza el siguiente sistema de monitoreo continuo de glucosa que no está aprobado por la FDA para tomar decisiones de tratamiento (especifique a continuación). Entiendo que cuando este sistema da la alarma, todo tratamiento debe basarse en una punción de glucosa en el dedo.

Guardian 2 y Sensor 3

Conexión Guardian con Medtronic

Otros (especifique):

Periódicamente se publican nuevos CGMS. Si se lanza uno nuevo, primero se debe verificar que esté aprobado por la FDA para tomar decisiones de tratamiento antes de usarlo en el entorno escolar. Hasta entonces, todas las lecturas deben verificarse mediante una punción digital de glucosa antes de tomar decisiones de tratamiento.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
-------------------------------	-----------------------------

9. Anexo sobre inyecciones diarias múltiples (MDI)	<input type="checkbox"/> No se aplica
---	--

Las inyecciones deben administrarse únicamente con las comidas.
 Dispositivo de insulina: Jeringa y vial Pluma inteligente de insulina (típica)

Lugar de inyección:
 Abdomen Brazo Nalga Muslo Otro (especifique):

10. Anexo sobre bomba de insulina/pen inteligente	<input type="checkbox"/> No se aplica
--	--

Las enfermeras escolares o el personal no pueden anular los ajustes de la bomba ni las recomendaciones de dosis de la bomba.

- El estudiante está usando la siguiente bomba de insulina: _____
- ¿Es este un sistema automatizado de administración de insulina (AID)? Sí No
- El estudiante está usando la siguiente pluma inteligente de insulina: _____
- La proporción de carbohidratos y la dosis de corrección se calculan por dispositivo. Las dosis de corrección y las dosis de carbohidratos se pueden administrar en momentos distintos de las comidas (incluyendo refrigerios y fiestas) según los cálculos de la bomba/pluma inteligente de insulina únicamente. Si no se utiliza uno de estos dispositivos, la insulina para dosis correctoras sólo se puede administrar durante las comidas.
- El estudiante puede ser desconectado de la bomba por un máximo de 60 minutos. Comuníquese con el padre/tutor si no puede usar la bomba después de 60 minutos.

Tiempo de bolo: Antes de las comidas Después de las comidas Otro (especifique):

Plan de falla de la bomba de insulina (los padres deben proporcionar los suministros y la insulina. Los suministros se mantienen _____):
 Administrar insulina mediante jeringa/vial o pluma. El estudiante puede reemplazar el sitio solo o con asistencia mínima de los padres.
 El padre vendrá a reemplazar el sitio Otro (especifique):

Si la bomba o el equipo no funcionan correctamente; ¡notifique a la enfermera de la escuela y a los padres inmediatamente!
La insulina debe administrarse mediante inyección.

11. Firma de los padres

Para ser completado por los padres (según lo requerido por 53G-9-505 y 53G-9-506)
 Certifico que se le ha recetado glucagón a mi estudiante.
 Solicito a la escuela que identifique y capacite al personal escolar que se ofrezca como voluntario para recibir capacitación en la administración de glucagón. Autorizo la administración de glucagón en caso de emergencia a mi estudiante.
 Autorizo a mi estudiante a poseer o tener y auto-administrarse medicamentos para la diabetes. Reconozco que mi estudiante es responsable y capaz de poseer o tener y autoadministrarse el medicamento para la diabetes.

Doy mi consentimiento para la divulgación de la información contenida en este plan de control médico de la diabetes a todos los miembros del personal de la escuela y otros adultos que tienen responsabilidad por mi estudiante y que pueden necesitar conocer esta información para mantener la salud y seguridad de mi estudiante. También doy permiso a la enfermera de la escuela para colaborar con el proveedor de atención médica de mi estudiante.

Nombre del padre:	Firma:	Fecha:
Nombre del padre:	Firma:	Fecha:

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
-------------------------------	-----------------------------

12. Órdenes de proveedores - Las órdenes deben actualizarse y firmarse al menos una vez al año o cada vez que cambie la dosis. No se puede delegar ninguna atención a menos que haya órdenes vigentes y firmadas en nuestros archivos.

Administración de emergencia de glucagón		
Inmediatamente en caso de hipoglucemia grave: inconsciente, semiconsciente (incapaz de controlar las vías respiratorias o convulsiones)	Dosis de glucagón: <input type="checkbox"/> IM 1.0 mg/1.0 ml <input type="checkbox"/> Nasal (Baqsimi) 3 mg <input type="checkbox"/> SQ (Gvoke) 0.5 mg <input type="checkbox"/> SQ (Gvoke 1.0 mg) <input type="checkbox"/> Zegalogue 0.6 mg/0.6 mL	Posibles efectos secundarios: náuseas y vómitos

Administración de insulina			
<input type="checkbox"/> De acción rápida (insulina <i>lispro</i> , insulina <i>aspart</i> , insulina <i>glulisina</i> , insulina <i>tecnofer</i>) <input type="checkbox"/> De acción corta (humano normal) <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	<input type="checkbox"/> Vial/jeringa de insulina <input type="checkbox"/> Pluma de insulina <input type="checkbox"/> Pluma de insulina inteligente <input type="checkbox"/> Bomba de insulina	Ruta: subcutáneo	Posibles efectos secundarios: hipoglucemia

Relación insulina-carbohidratos (I:C): ____ unidad por cada ____ gramos de carbohidratos antes de las comidas.

Dosis de corrección (solo comidas): administre ____ unidades por cada ____ mg/dL para glucosa superior a ____ mg/dL.

Administración de insulina: <input type="checkbox"/> antes de la comida (predeterminado) <input type="checkbox"/> después de la comida lo antes posible, dentro de los 30 minutos Para inyecciones, calcule la dosis de insulina al más cercano: <input type="checkbox"/> media unidad (redondear hacia abajo para <0,25 o <0,75 y redondear hacia arriba para >0,25 o >0,75) <input type="checkbox"/> unidad completa (redondear hacia abajo para <0,5 y redondear hacia arriba para >0,5) Para el tratamiento de la hipoglucemia: Trate los niveles bajos de glucosa dándoles de 12 a 18 gramos de carbohidratos a los estudiantes que usan MDI y pluma inteligente de insulina, y de 5 a 10 gramos de carbohidratos a los estudiantes que usan el sistema AID. Espere ____ minutos (predeterminado 15), luego vuelva a realizar la prueba y repita la sección 6 de este documento.

Firma del proveedor

El estudiante mencionado anteriormente está bajo mi cuidado. Este documento refleja mi plan de atención para el estudiante mencionado anteriormente. De acuerdo con estas órdenes, partes del DMMP se compartirán con el personal escolar apropiado. Como proveedor de atención médica autorizado del estudiante:

Confirmando que el estudiante tiene un diagnóstico de diabetes mellitus.

Es médicamente apropiado que el estudiante posea y se autoadministre medicamentos para la diabetes. El estudiante debe estar en posesión de medicamentos para la diabetes en todo momento.

Es médicamente apropiado que el estudiante posea, pero no se autoadministre, medicamentos para la diabetes. El estudiante debe estar en posesión de medicamentos para la diabetes en todo momento.

No es médicamente apropiado que el estudiante posea o se autoadministre medicamentos para la diabetes. El estudiante debe tener acceso supervisado a sus medicamentos para la diabetes en todo momento.

Este estudiante puede participar en **todas** las actividades escolares, incluyendo deportes y excursiones, con las siguientes restricciones:

Nombre del médico que prescribe (en letra de imprenta):	Teléfono:
Firma del médico que prescribe:	Fecha:

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
-------------------------------	-----------------------------

13. Enfermera escolar (o persona designada por el director si no hay enfermera escolar)		
<input type="checkbox"/> Firmado por un proveedor de atención médica autorizado y un padre.	<input type="checkbox"/> Los medicamentos están debidamente etiquetados.	<input type="checkbox"/> Registro de medicación generado
El glucagón se mantiene: <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> El estudiante lo lleva <input type="checkbox"/> Mochila <input type="checkbox"/> En el aula <input type="checkbox"/> Oficina de salud <input type="checkbox"/> Oficina principal		
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
Información de emergencia sobre diabetes distribuida al personal que lo necesita:		
<input type="checkbox"/> Maestro(s) <input type="checkbox"/> Maestro(s) de educación física <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Oficina principal/administrador		
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
Firma de la enfermera escolar:	Fecha:	