



## Diabetes under skoldagen - Plan för egenvård

**Namn** ..... **Klass** ..... **Född** .....

**Skola** .....

**Huvudansvariga lärare/assistenter på skolan:**

.....  
.....

Vårdnadshavare: .....

Diabetessjuksköterska: .....

Sjukhus: .....

Telefon: ..... Telefon:.....

Telefon: .....

### Foto

### Viktig information vid för lågt blodsocker <3.5-4 mmol/l

Kallas också insulinkänning eller hypoglykemi. Mina symtom på lågt blodsocker är:

.....  
.....

## Åtgärder:

1. Ge .....druvsockertabletter alternativt ....dl söt saft eller juice.
2. Vid behov upprepa druvsockerdosen och ge eventuellt även en smörgås om det är mer än 30-60 minuter till nästa måltid.

**OBS! Ge inte vätska till någon som är medvetslös och inte kan svälja!**

## Åtgärdsplan om barnet/tonåringen är svårkontaktbar eller medvetslös:

1. Ring ambulans, telefon 112
2. Uppge ditt namn och varifrån du ringer
3. Uppge barnets ålder och att barnet har diabetes
4. Beskriv tillståndet, till exempel slö eller medvetslös
5. Om möjligt och överenskommet ges glucagon.
6. Ring vårdnadshavare

## Diabetes under skoldagen- Plan för egenvård

### Blodsockertester

Testar inte själv, får all hjälp av.....

Testar själv med hjälp av .....

Testar och tolkar blodsockret helt själv Tar vanligen blodsockerprover kring klockan .....

Det här behöver jag ha hjälp med när det gäller blodsockertester:

.....

## Insulin

[ ] Jag kan inte självständigt bestämma dos och injicera insulin med min insulinpenna eller pump

[ ] Jag kan självständigt bestämma dos och injicera insulin med min insulinpenna eller pump

Person(er) som fått instruktioner i att bedöma insulindosen och i att injicera dosen eller dosera den i insulinpump: .....

.....

Det här behöver jag ha hjälp med när det gäller insulin:.....

.....

## Mat kl. Insulinsort Insulindos

mellanmål fm: .....

lunch: .....

mellanmål em: .....

Speciell information kring mat och mellanmål:

.....

.....

## Vid fysisk aktivitet

.....

.....

## Annan kompletterande information; ex åtgärd vid högt blodsockervärde:

.....

.....

Planen är skriven den: ..... Gäller till den: .....

Underskrivet av:

.....

Barnet/ungdomen

Vårdnadshavare

Ansvarig skolpersonal

.....

Ansvarig Barndiabetesläkare/Diabetessjuksköterska