

ANEXO 2


ORIENTAÇÃO Técnica 'Crianças e Jovens com Diabetes *Mellitus* Tipo 1 na Escola'



Plano de Saúde Individual (PSI) para crianças e jovens com **DIABETES *Mellitus* tipo 1**

ARS: _____ ACES/ULS/Hospital: _____ Ano letivo: 20____/20_____

1. Identificação

Criança/aluno/a (nome):		
Data Nascimento: ____ / ____ / ____ (dia/mês/ano) Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
N.º utente do SNS _____		
Pai/Mãe/ Encarregado/a de Educação (nome e contacto, incluindo correio eletrónico, caso tenha):		
Médico/a Família/ M. Assistente: Dr.(ª)		
Agrupamento de Escolas/Estabelecimento de Educação e Ensino que frequenta:		
Contacto da Escola:		
Contacto do Diretor AE:		
Contacto do Prof. Coordenador PES:		
Nível de Educação/Ensino: <input type="checkbox"/> Pré-escolar <input type="checkbox"/> 1ºCEB <input type="checkbox"/> 2ºCEB <input type="checkbox"/> 3ºCEB <input type="checkbox"/> E. Secundário <input type="checkbox"/> Outro. Qual?		
Ano de Escolaridade: _____ Turma: _____		
Professor titular/Diretor de Turma:		
Elemento(s) de referência na Escola:		
OBS:		

2. Contactos

2.1. EM CASO DE URGÊNCIA	Parentesco	Tel./t/m
1.º		
2.º		
3.º		
2.2. da Equipa de Saúde Escolar	Unidade de saúde	Tel./t/m
Enf.º		
Médico:		
Outro.		
2.3. do Enfermeiro/ Médico Família	UNIDADE de saúde	TEL./TLM
Enf.º		
Médico:		
Outro.		
2.4. da consulta da especialidade	Horário de atendimento	TEL./TLM
Nome:		
Enf.º		
Médico:		
Outro.		
OBS:		

3. Condição de Saúde

Descreva as condições de saúde que levaram à referência da criança/jovem para a equipa de Saúde Escolar.

<p>Diagnóstico da Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 1 (episódio inicial, evolução e situação atual)</p>
<p>Outros antecedentes de saúde relevantes:</p>

4. Intervenção na Escola

Assinale no quadro infra as **medidas de saúde** que terão de ser realizadas **na escola tendo em conta o horário da criança/jovem com DM1.**

<p>4.1. INSULINOTERAPIA (de acordo com a informação constante no Plano Terapêutico)</p>	<p>Caneta de insulina <input type="checkbox"/></p> <p>Perfusão subcutânea contínua de insulina <input type="checkbox"/> (bomba de insulina)</p>
Pequeno-almoço	<input type="checkbox"/>
Lanche do meio da manhã	<input type="checkbox"/>
Almoço	<input type="checkbox"/>
1.º lanche da tarde	<input type="checkbox"/>
2.º lanche da tarde	<input type="checkbox"/>
Outra:	<input type="checkbox"/>
OBS:	

<p>4.2. AVALIAÇÃO E CONTROLO DA GLICEMIA CAPILAR Pelo(s) elemento(s) de referencia da Escola (de acordo com a informação constante no Plano Terapêutico)</p>	
Antes do pequeno-almoço	<input type="checkbox"/>
Antes do lanche do meio da manhã	<input type="checkbox"/>
Antes do almoço	<input type="checkbox"/>
Antes do lanche da tarde	<input type="checkbox"/>
Antes e após atividade física	<input type="checkbox"/>
Outra avaliação:	<input type="checkbox"/>
OBS:	

<p>4.3. REFEIÇÕES ESCOLARES (Assinale as que são feitas na Escola de acordo com a informação constante no Plano Terapêutico)</p>	<p>Exceções</p>
Pequeno-almoço	<input type="checkbox"/>
Lanche do meio da manhã	<input type="checkbox"/>
Almoço	<input type="checkbox"/>
Lanche da tarde	<input type="checkbox"/>
Outra:	<input type="checkbox"/>
OBS:	
<p>Dias de festa: a) antes de comer fazer a determinação da Glicémia Capilar; b) ajustar as doses de Insulina às porções que ingeriu ou vai ingerir.</p>	

<p>4.4. EDUCAÇÃO FÍSICA E ATIVIDADES EXTRACURRICULARES Descreva...</p>
Atividade(s) que realiza semanalmente:
Dias e horas dessas atividades:
Duração continuada das atividades:
Cuidados a ter antes das atividades:
Necessidade de avaliação/reavaliação da glicémia durante a atividade:

Necessidade de reforço alimentar durante a atividade:
OBS:

4.5. NÍVEL DE AUTONOMIA da criança/Jovem com DIABETES MELLITUS tipo 1	Dependente	Autónomo	Necessita supervisão
Avaliação Glicémia Capilar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração de Insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correção da Hipoglicemia ligeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correção Hiperglicemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliação Corpos Cetónicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contagem de Hidratos de Carbono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBS:			

5. RECOMENDAÇÕES DA EQUIPA DE SAÚDE ESCOLAR:

Na escola a criança/jovem com DM1 pode ter episódios de:


HIPOGLICEMIA (Níveis baixos de açúcar no sangue – Glicémia inferior a ____ mg/dl)
(informação no Plano Terapêutico)

Sintomas frequentes	Sintomas típicos deste aluno
Fome	<input type="checkbox"/>
Tremores	<input type="checkbox"/>
Suores frios	<input type="checkbox"/>
Alterações de humor	<input type="checkbox"/>
Sonolência	<input type="checkbox"/>
Falta de concentração	<input type="checkbox"/>
Palidez	<input type="checkbox"/>
Dor abdominal	<input type="checkbox"/>
Outros:	

MEDIDAS
Se **Hipoglicémia LIGEIRA A MODERADA**: Agir de acordo com o Plano Terapêutico

Se a **criança/Jovem está INCONSCIENTE**: Colocar em Posição Lateral de segurança

- Não dar nada a comer ou beber
- Administrar **GLUCAGON** na dose recomendada
- Alertar o 112
- Contatar encarregado de educação/familiar



HIPERGLICEMIA (Níveis elevados de açúcar no sangue – Glicémia superior a ____ mg/dl)
(informação no Plano Terapêutico)

Sintomas frequentes	Sintomas típicos deste aluno
Fome	<input type="checkbox"/>
Boca seca	<input type="checkbox"/>
Sede extrema	<input type="checkbox"/>
Náusea ou vômitos	<input type="checkbox"/>
Dor abdominal	<input type="checkbox"/>
Respiração ofegante	<input type="checkbox"/>
Sonolência	<input type="checkbox"/>
Alteração do estado de consciência	<input type="checkbox"/>
Outros:	

MEDIDAS.

Se glicémia superior a _____ mg/dl: Avaliar os Corpos cetónicos

1. Corpos cetónicos $\geq 0,6$ mmol/l:
2. Contactar de imediato pai/mãe/encarregado de educação/familiar

6. PLANO DE SAÚDE INDIVIDUAL RATIFICADO POR:

Pai/Mãe/Encarregado de Educação (nome)

**Diretor do Agrupamento de
Escolas/Escola** (nome)

Equipa de Saúde Escolar (nome)

Data da avaliação inicial: / /

Data prevista para a reavaliação: / /

AUTORIZAÇÃO DO PAI/MÃE/ENCARREGADO DE EDUCAÇÃO

(Modelo)

(Pai/Mãe/Encarregado de Educação) da criança/aluno/a autorizo os cuidados de controlo e tratamento da Diabetes *Mellitus* Tipo 1, conforme descrito neste Plano de Saúde Individual e concordo com a transmissão da informação contida no respetivo Plano aos profissionais da Escola envolvidos.

Data:

Assinatura(s) do Pai/Mãe/Encarregado de Educação
