|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | Entretien sur le diabète  ANNÉE SCOLAIRE \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Élève**  Date de naissance Niveau | Tél. Parent/Tuteur  Tél. Parent/Tuteur  Tél. en cas d’urgence | | |
| Endocrinologue  Tél. Dernière visite |
| Éducateur/trice en diabète  Téléphone | * MaineCare | * Assurance privée | * Besoin d’informations |
| Antécédents pertinents incluant des hospitalisations | Âge au diagnostic | Type | Dernier test HbA1c (« A1C ») |
| Adresse personnelle  Numéro de bus si applicable  Activités périscolaires | Contact après l’école  Téléphone | | |
| Système de surveillance du glucose | Contact pour consultation non urgente  Méthode préférée : \_\_\_\_Appel \_\_\_ Texte \_\_\_ Courriel  Fréquence | | |
| Système de délivrance d’insuline | Méthode et paramètres de surveillance des cétones | | |

Décrivez les considérations nécessaires pour la journée scolaire.

|  |  |
| --- | --- |
| * Éducation physique/sport * Récréation | * Salle de classe * Bus/Transport |

Partagez tous les objectifs liés à la santé et l’assistance nécessaire.

En signant ci-dessous, j’autorise l’infirmier ou l’infirmière scolaire à partager les informations concernant la santé de mon enfant scolarisé avec le personnel scolaire et médical approprié pour la sécurité continue de mon enfant à l’école.

Parent/Tuteur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*En cas d’urgence, si les contacts d’urgence ne peuvent être atteints, le prestataire de soins sera contacté et si nécessaire, les services d’urgence (911) seront appelés.*