|  |  |
| --- | --- |
| 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  |
| EndocrinologueTél. Dernière visite |
| Éducateur/trice en diabèteTéléphone | * MaineCare
 | * Assurance privée
 | * Besoin d’informations
 |
| Antécédents pertinents incluant des hospitalisations | Âge au diagnostic | Type | Dernier test HbA1c (« A1C ») |
| Adresse personnelleNuméro de bus si applicableActivités périscolaires | Contact après l’écoleTéléphone |
| Système de surveillance du glucose | Contact pour consultation non urgenteMéthode préférée : \_\_\_\_Appel \_\_\_ Texte \_\_\_ CourrielFréquence |
| 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.*