|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | Entrevista sobre diabetes  ANO LETIVO \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Estudante**  Data de nascimento Série | Telefone (pai, mãe e/ou responsável)  Telefone (pai, mãe e/ou responsável)  Contato de emergência Telefone | | |
| Endocrinologista  Telefone Última consulta |
| Conscientização sobre diabetes na enfermaria  Telefone | * MaineCare | * Plano de saúde privado | * Informações sobre necessidades |
| Histórico pertinente, incluindo hospitalização. | Idade do diagnóstico | Tipo | Última A1C |
| Endereço residencial:  Número do ônibus, se necessário:  Atividades depois da escola: | Contato depois da escola:  Telefone: | | |
| Sistema de monitoramento de glicose | Contato para consulta não emergencial:  Método preferido \_\_\_\_ telefone \_\_\_ msg de texto \_\_\_ e-mail  Frequência | | |
| Sistema de administração de insulina | Método e parâmetros de monitoramento de cetonas | | |

Descreva quaisquer considerações necessárias durante o dia letivo.

|  |  |
| --- | --- |
| * Atletismo e/ou educação física * Recreio | * Sala de aula * Ônibus e/ou transporte |

Compartilhe as suas metas para a saúde e assistência necessária.

Ao assinar abaixo, permito que a enfermaria compartilhe os dados médicos da criança com o pessoal apropriado dentro da escola ou com a equipe médica a fim de manter a segurança contínua da criança na escola.

Pai, mãe e/ou responsável \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Em caso de emergência, se os contatos de emergência não forem encontrados, entraremos em contato com o consultório médico para obter assistência e, se necessário, ligaremos para 911 (serviços de emergência). 8/2024*