|  |  |
| --- | --- |
| SAMPLE:  INSERT LOGO/SAU/SCHOOL NAME | Phỏng vấn về bệnh tiểu đường  NĂM HỌC \_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Học sinh**  Ngày tháng năm sinh Cấp lớp | Cha (mẹ)/Người giám hộ Điện thoại  Cha (mẹ)/Người giám hộ Điện thoại  Người liên lạc trong trường hợp khẩn cấp Điện thoại | | |
| Bác sĩ chuyên khoa nội tiết  Điện thoại Lần khám sau cùng |
| Nhà giáo dục kiêm y tá chuyên khoa tiểu đường  Điện thoại | * MaineCare | * Bảo hiểm tư | * Cần thông tin |
| Tiểu sử liên quan, bao gồm cả việc nằm bệnh viện | Tuổi lúc được chẩn đoán là mắc bệnh | Dạng bệnh | A1C sau cùng |
| Địa chỉ nhà:  Số xe buýt, nếu có:  Sinh hoạt sau giờ học: | Người liên lạc sau giờ học:  Điện thoại | | |
| Hệ thống theo dõi mức đường glucose | Liên lạc để tư vấn trong trường hợp không khẩn cấp:  Phương thức liên lạc ưu tiên \_\_\_\_\_\_gọi điện thoại \_\_\_\_\_\_\_nhắn tin qua điện thoại \_\_\_\_\_\_ email  Mức độ thường xuyên | | |
| Hệ thống truyền insulin | Phương pháp và thông số giám sát ketone | | |

Mô tả những lưu ý cần thiết cho ngày học.

|  |  |
| --- | --- |
| * Các môn thể thao/thể dục * Giờ ra chơi | * Lớp học * Xe buýt/Phương tiện chuyên chở |

Vui lòng chia sẻ mọi mục tiêu liên quan đến sức khỏe và sự hỗ trợ cần thiết.

Khi ký tên bên dưới, tôi cho phép y tá nhà trường chia sẻ thông tin về sức khỏe của con em tôi với nhân viên y tế và nhân viên nhà trường phù hợp để bảo đảm con em tôi luôn được an toàn ở trường.

Cha (mẹ)/Người giám hộ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ngày \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Trong trường hợp khẩn cấp khi cần hỗ trợ và không liên lạc được với người liên lạc khẩn cấp, trường sẽ liên lạc với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và nếu cần thì sẽ gọi 911 (dịch vụ khẩn cấp). 8/2024*