

目标 10	我将_____	
目标 9	在我达到目标过程中如果有困难, 我将向我的医生或护士交谈	
目标 8	我将每年去看牙医	
目标 7	我将遵照医生或护士的指示检查我的血糖并在日志上写下结果。	
目标 6	我将每年进行眼睛检查。	
目标 5	我将作出健康的食物选择, 以帮助保持我的最佳体重。	
目标 4	我将每周吃早餐_____次。	
目标 3	我将用胰岛素代替我所有的碳水化合物。	
目标 2	我将选择_____作为锻炼, 并且每周做_____次, 每次_____分钟	
目标 1	我会努力降低我的 A1c. 我将信守所有医疗与团体约定	

**怎样照顾我** 每次看病带上测量表与手册

**血糖测试**

- 早餐前
- 午餐前
- 晚餐前
- 睡前点心

每星期一, 凌晨3点  
治疗低血糖之后15到30分钟。

**尿酮测试**

- 如果血糖高于240
- 如果感到恶心和不舒服
- 如果胃部感到恶心或呕吐

**正餐/点心**

早餐-点心-午餐-点心-晚餐-点心

**低血糖**

如果您清醒并能讲话

- 4oz 果汁或者
- 8oz 牛奶或者
- 6-8 oz 普通汽水或者
- 3片葡萄糖片或一管葡萄糖液

如果孩子不清醒或拒绝治疗-请拨打 911 并使用胰高血糖素急救包。

**为我一人!**

A1c 目标	我的A1c
正常血糖 80-120mg/dl	我的血糖

**我的医疗团队**

医生: \_\_\_\_\_  
电话# \_\_\_\_\_

护士: \_\_\_\_\_  
电话# \_\_\_\_\_

教师: \_\_\_\_\_  
电话# \_\_\_\_\_

社工: \_\_\_\_\_  
电话 # \_\_\_\_\_

营养师: \_\_\_\_\_  
电话 # \_\_\_\_\_

学校护士: \_\_\_\_\_  
电话 # \_\_\_\_\_

诊所电话号码 \_\_\_\_\_

儿科急诊室电话号码 \_\_\_\_\_

**无微不至关爱计划**

我的名字是 \_\_\_\_\_  
我今年 \_\_\_\_\_ 岁。  
我的医疗记录号码是 \_\_\_\_\_  
今天日期是 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

胰岛素剂量	早餐前	午餐前	晚餐前	睡前点心
Lantus, NPH Novolog 70/30, Humalog 75/25				

计算尺普通 / HUMALOG / NOVOLOG / APIDA

葡萄糖水平	早餐前	午餐前	晚餐前	睡前点心