

	Będzie _____	Cel 10
	Powiem mojemu lekarzowi albo pielęgniarce, jeżeli będę miał/a problem z osiągnięciem swoich celów	Goal 9
	Będzie chodził do dentysty co roku	Cel 8
	Będzie mierzyła/a swój poziom cukru we krwi zгідnie z zaleceniami swojego lekarza albo pielęgniarki i zapisywała/a rezultaty pomiarów	Cel 7
	Raz w roku poddam się badaniu u okulisty.	Cel 6
	Będę jadł/a zdrowe jedzenie, żeby utrzymać na- jkorzystniejszą dla mnie wagę.	Cel 5
	Będę jadł/a śniadanie _____ razy w tygodniu.	Cel 4
	Zjadane węglowodany będę równoważyła/ a insuliną.	Cel 3
	Wybiore _____ jako ćwiczenie fizyczne i będę je wykonywał/a _____ minut, _____ razy w tygodniu	Cel 2
	Będę bardzo się starał/a zmniejszyć wynik mojego testu A1c. Będę przychodził/a na wszystkie wizyty u lekarza i spotkania w grupie	Cel 1

Dbam o siebie

Sprawdzanie poziomu cukru. Przynieś glukometr i novotek

- Przed śniadaniem
- Przed lunchem
- Przed obiadem
- Przed wieczorną przekąską
- Raz w tygodniu o godz. 3 rano
- 15-30 minut po podaniu leku na podwyższenie poziomu cukru.

Badanie moczu na zawartość ketonów

- Jeżeli poziom cukru jest wyższy niż 240
- Jeżeli jesteś chory/a i nie czujesz się dobrze
- Jeżeli boli Cię zółdąk albo wymiotowałeś/aś

Posiłki/przekąski

Śniadanie-przekąska-lunch-przekąska-obiad-przekąska

Niski poziom cukru

Jeżeli nie jesteś śpiący i rozmawiasz 4oz (uncje) soku, ALBO 8oz mleka, ALBO 6-8 oz regularnego napoju gazowanego, ALBO 3 tabletki glukozy, albo tubkę glukozy w żelu.

Jeżeli dziecko jest nieprzytome, albo odmawia leczenia, zadzwoń na numer 911 i zastosuj zestaw pierwszej pomocy z glukagonem.

Tylko dla mnie!



Docelowy wynik testu A1c	Mój wynik testu A1c
Normalny poziom cukru we krwi 80-120mg/dl	Mój poziom cukru we krwi-

Kto się mną opiekuje:

lekarz: _____
 telefon: _____

pielęgniarka: _____
 telefon: _____

nauczyciel: _____
 telefon: _____

opiekun społeczny: _____
 telefon: _____

dietetyk: _____
 telefon: _____


szkolna pielęgniarka: _____
 telefon: _____

Telefon kliniki

Telefon pogotowia pediatrycznego

Program "Dbam o siebie"

Nazywam się _____
 Mam _____ lat.
 Numer mojej karty zdrowia _____
 Dzisiejsza data _____ / _____ / _____



INSULINA DAWKA	Przed śniadaniem	Przed lunchem	Przed obiadem	Przed wieczorną przekąską
Lantus, NPH Novolog 70/30, Humalog 75/25				

REGULOWANA SKALA POZIOM NORMALNY / HUMALOG / NOVOLOG / APIDA

Poziom cukru	Przed śniadaniem	Przed lunchem	Przed obiadem	Wieczorna przekąska