



Entretien sur le diabète

ANNÉE SCOLAIRE _____

Élève	Tél. Parent/Tuteur
Date de naissance Niveau	Tél. Parent/Tuteur
Endocrinologue	Tél. en cas d'urgence
Tél. Dernière visite	
Éducateur/trice en diabète	<input type="checkbox"/> MaineCare <input type="checkbox"/> Assurance privée <input type="checkbox"/> Besoin d'informations
Téléphone	
Antécédents pertinents incluant des hospitalisations	Âge au diagnostic Type Dernier test HbA1c (« A1C »)
Adresse personnelle	Contact après l'école
Numéro de bus si applicable	Téléphone
Activités périscolaires	
Système de surveillance du glucose	Contact pour consultation non urgente Méthode préférée : ____ Appel ____ Texte ____ Courriel Fréquence
Système de délivrance d'insuline	Méthode et paramètres de surveillance des cétones

Décrivez les considérations nécessaires pour la journée scolaire.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Éducation physique/sport | <input type="checkbox"/> Salle de classe |
| <input type="checkbox"/> Récréation | <input type="checkbox"/> 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.