

PLANO DE MANEJO DO DIABETES NA ESCOLA (PMDE)

Este plano deve ser preenchido pelos profissionais da saúde responsáveis pelo tratamento do aluno com diabetes juntamente com os pais ou responsáveis. O plano deve ser lido e discutido com os funcionários da escola e deve-se guardar cópia dele em lugar de fácil acesso para os profissionais que foram treinados para lidar com problemas decorrentes do diabetes.

Data: ____/____/____ Plano válido para o ano escolar de: _____

Nome do aluno: _____ Nascimento: ____/____/____

Diagnóstico do Diabetes: ____/____/____ Tipo 1 Tipo 2 Outro: _____

Escola: _____ Telefone: _____

Série: _____ Nome do Professor: _____

Enfermeira da Escola: _____ Telefone: _____

INFORMAÇÕES DO CONTATO RESPONSÁVEL

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Telefone: Residencial _____ Trabalho _____ Celular: _____

Email: _____

Nome do Pai: _____

Endereço: _____

Telefone: Residencial _____ Trabalho _____ Celular: _____

Email: _____

Nome do Médico: _____

Endereço: _____

Telefone: Consultório _____ Celular: _____

Email: _____

Outro contato de emergência:

Nome: _____ Parentesco: _____ Telefone: _____

Residencial _____ Trabalho _____ Celular: _____

INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO

MONITORIZAÇÃO GLICÊMICA

Meta de glicemia: 100 a 180 mg/dL Outra: _____

Medir a glicemia na escola: Antes do almoço Antes do lanche do recreio
 2 horas após dose de correção de insulina
 Antes da educação física Ao fim das aulas
 Outra: _____
 Se necessário devido a sinais/sintomas de hipoglicemia
 Se necessário devido a sinais/sintomas de quaisquer doenças

Local preferencial para teste: Ponta do dedo

Modelo do Glicosímetro: _____

Capacidade de monitoramento da glicemia:

- O aluno consegue medir a glicemia sozinho;
- O aluno pode precisar de ajuda para medir a glicemia;
- Há necessidade de um profissional treinado para medir a glicemia do aluno.

TRATAMENTO DA HIPOGLICEMIA

Sintomas habituais de hipoglicemia do aluno: Sudorese Tremores Taquicardia
 Confusão mental Agressividade Sonolência Fome
 Formigamento Dor de cabeça Visão embaçada

- Se o aluno apresentar sintomas de hipoglicemia ou se o nível de glicose no sangue for inferior a _____mg/dL, dar algum alimento que contenha 15 gramas de carboidrato de rápida absorção (conferir exemplos no Quadro 1).
- Medir novamente o nível de glicemia do aluno após 10 a 15 minutos e repetir o tratamento anterior se o nível de glicose ainda for inferior a _____mg/dL.
- **Tratamento adicional:** Se o aluno não conseguir comer ou beber, estiver inconsciente ou não conseguir falar ou estiver fazendo movimentos involuntários ou tendo convulsão:
 - Ligar para 192 (SAMU) e para os pais ou responsáveis.
 - Esfregar mel ou açúcar na bochecha do aluno enquanto se aguarda o serviço de urgência.

Quadro 1: Equivalentes de 15 gramas de Carboidrato

- 1 copo de água com 1 colher de sopa de açúcar
- 15 g de glicose em gel (Glinstan®)
- 1 copo de suco de laranja ou melancia ou 01 fatia grande de melancia
- 1 copo de refrigerante normal (não diet) – 150 ml
- 150 ml de suco artificial com açúcar (ex: Tang)
- 1 colher de sopa de mel
- 3 balas moles
- 1 unidade de bananinha comum
- 1 bombom Sonho de Valsa ou Serenata do Amor

TRATAMENTO DA HIPERGLICEMIA

Sintomas comuns que o aluno apresenta quando tem hiperglicemia: Nenhum

Prostração Sede excessiva Aumento da frequência de diurese (urina)

- Para glicemia maior que _____ mg/dL e pelo menos _____ hora(s) após a última aplicação de insulina, aplicar dose corretiva de insulina;
- Dar água na quantidade de _____ ml por hora.
- Se o aluno tiver sintomas de uma emergência hiperglicêmica, incluindo boca seca, sede excessiva, náuseas e vômitos, dor abdominal grave, respiração pesada ou falta de ar, dor no peito, aumento da sonolência, letargia ou depressão do nível de consciência → Ligar para 192 (SAMU) e para os pais ou responsáveis.

TERAPIA COM INSULINA

Dispositivo aplicador de insulina: Seringa Caneta de insulina Bomba de insulina

O aluno não usa insulina

Autorização dos Pais/Responsáveis para administração de insulina na escola:

Sim Não Autorização dos pais/responsáveis deve ser obtida antes da administração de uma dose de insulina de correção.

- Sim Não Autorização dos pais/responsáveis deve ser obtida antes da administração de uma dose de insulina para cobertura de refeições.
- Sim Não Pais/responsáveis estão autorizados a aumentar ou reduzir a dose de insulina por telefone.

Terapia Insulínica:

- Nome da(s) insulina(s): _____
- Quando aplicar insulina na escola:
 - Aplicar insulina apenas para correção das hiperglicemias
Para glicemia maior que _____ mg/dL **E** pelo menos _____ horas desde a última administração de insulina.
 - Outra: _____
- Esquema de correção → para correção das hiperglicemias acima de _____ mg/dl usando a insulina _____
 - Glicemia abaixo de _____ mg/dl → não aplicar insulina para correção
 - Glicemia entre _____ mg/dl e _____ mg/dl → aplicar _____ UI
 - Glicemia entre _____ mg/dl e _____ mg/dl → aplicar _____ UI
 - Glicemia entre _____ mg/dl e _____ mg/dl → aplicar _____ UI
 - Glicemia entre _____ mg/dl e _____ mg/dl → aplicar _____ UI
 - Glicemia acima de _____ mg/dl → aplicar _____ UI

Habilidade do aluno para aplicar a insulina em si mesmo:

- Sim Não O aluno não precisa de ajuda e/ou supervisão para calcular as doses de insulina e consegue fazer a aplicação sozinho;
- Sim Não É permitido ao aluno que calcule as doses de insulina e faça sua aplicação desde que com supervisão;
- Sim Não É obrigatória a participação de um profissional treinado para calcular as doses de insulina e aplicá-la no aluno.

PLANO ALIMENTAR

Instruções para quando refeições forem realizadas em sala de aula (por exemplo, como em festas ou atividades educacionais): _____

Refeições especiais permitidas: A critério dos pais/responsáveis A critério do aluno

Habilidades do aluno para alimentação:

- Sim Não O aluno não deve fazer a contagem de carboidratos;
- Sim Não Independente para contar carboidratos;
- Sim Não Pode contar carboidratos sob supervisão;
- Sim Não Requer enfermeira ou indivíduo treinado para contar carboidratos.

ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTES

Uma fonte de carboidratos de rápida absorção contendo açúcar deve estar disponível no local das atividades de educação física (conferir exemplos no Quadro 1).

O aluno deve comer 15 gramas 30 gramas de carboidrato Outro _____

antes a cada 30 minutos durante após atividade física

Outra _____

– Se na última medição a glicemia estiver menor que _____ mg/dL, o aluno somente poderá participar da atividade física quando a glicemia for corrigida com um alimento equivalente a _____ gramas de carboidrato e a glicemia estiver acima de _____ mg/dL.

– O aluno deve evitar atividades físicas quando a glicemia estiver acima de _____ mg/dL.

ASSINATURAS

Este PLANO DE MANEJO DO DIABETES NA ESCOLA foi aprovado por:

Médico do aluno: _____

CRM: _____ Data: ____/____/____ Carimbo: _____

Eu, _____ (pais/responsável) autorizo a enfermeira ou outro profissional de saúde qualificado ou pessoal treinado em Diabetes da escola _____ a executar e realizar as tarefas de cuidado e tratamento do diabetes do(a) aluno(a) _____ conforme descrito neste PLANO DE MANEJO DO DIABETES NA ESCOLA . Eu também concordo com a liberação das informações contidas neste PLANO DE MANEJO DO DIABETES NA ESCOLA para todos os membros da equipe da escola ou outros adultos que tenham responsabilidade para com o meu filho e que possam precisar saber essas informações para manter a saúde e segurança do mesmo. Eu também permito que a enfermeira da escola ou outro profissional treinado entre em contato comigo ou com o médico do meu filho para dúvidas e esclarecimentos.

Pais/Responsável: _____

Data: ____/____/____

Pais/Responsável: _____

Data: ____/____/____

Equipe da Escola - Reconhecido e recebido por:

Nome: _____

Data: ____/____/____ Função: _____

Outro: _____

Data: ____/____/____ Função: _____