

**Ενημερωτικό Φυλλάδιο  
Για τον υπεύθυνο του προγράμματος  
πριν ανέβει το παιδί στο λεωφορείο**

- Ονοματεπώνυμο παιδιού.....
- Ημερομηνία γέννησης.....
- Διεύθυνση – τηλέφωνο (και για το καλοκαίρι).....

- 
- Θεράπων ιατρός (ονοματεπώνυμο).....
  - Διεύθυνση –τηλ. Γιατρού .....

- 
- Πόσα χρόνια το παιδί έχει διαβήτη.....
  - Τι σχήμα θεραπείας από τα 2 παρακάτω ακολουθεί τώρα το παιδί και από πότε ?

1 Αντλία Ινσουλίνης..... από.....

2 Εντατικοποιημένο σχήμα(πχ. 2,3 ή 4<sup>ωv</sup> ενέσεων)..... από.....

- Όνομα Ινσουλίνης (Actrapid, Protaphane, NPH, Regular, Novorapid, Humalog, Apidra, Lantus, Levemir)

- Πόσες μονάδες ( ή Bolus) Ινσουλίνης κάνει κάθε φορά (**Σημειώστε και την αναλογία ινσουλίνης-υδατανθράκων**):

1)Πρωί.....

2)Μεσημέρι.....

3)Βράδυ.....

4)προ ύπνου.....

5)κάποια άλλη στιγμή της ημέρας.....

Μονάδες βασικής ινσουλίνης (Lantus, Levemir): .....
--

- Ινσουλίνη για Διόρθωση:.....

### **Υπογλυκαιμία**

- Με ποια συμπτώματα εκδηλώνεται συνήθως η υπογλυκαιμία.....

Πότε συνήθως εμφανίζει υπογλυκαιμία.....

Αντιλαμβάνεται το ίδιο το παιδί την υπογλυκαιμία Ναι..... Όχι.....

Έπαθε το παιδί υπογλυκαιμία κατά την νύχτα με απώλεια των αισθήσεων

Ναι..... Όχι.....

Πότε έπαθε τελευταία φορά: 1)με απώλεια.....

2)χωρίς απώλεια αισθήσεων .....

**Τηλ. Επικοινωνίας: 6977306251 Παπαγιάννη Μαρία, 6945285739 Τσιρουκίδου Κική**