Забота о СЕБЕ

Измерение уровня глюкозы в крови Приносите с собой измеритель и брошюру на каждое посещение

- Перед завтраком
- Перед обедом
- Перед ужином
- Перед перекусом на ночь
- Раз в неделю в 3 часа ночи
- Через 15–30 минут после применения мер в связи с низким уровнем сахара в крови.

Анализ мочи на кетоны

- Если уровень сахара в крови ниже 240
- Если вы больны и плохо себя чувствуете
- Если вы испытываете тошноту или у вас рвота

Питание и перекусы

Завтрак-второй завтрак-обед-полдник-ужин-перекус

Пониженный уровень сахара в крови

Если вы реагируете на окружающую среду и разговариваете

- 4 унции сока ИЛИ
- 8 унций молока ИЛИ
- 6–8 унций обычного газированного напитка ИЛИ
- 3 таблетки глюкозы или тюбик глюкозного геля

Если ребёнок не реагирует на окружающую среду или отказывается от лечения, звоните в службу 911 и используйте комплект для оказания первой помощи с глюкагоном.

Цель 1	Я буду стараться понизить свой показатель A1c. Я буду приходить на все запланированные врачебные и групповые мероприятия	
Цель 2	В качестве физического упражнения я выбираю _____ и буду заниматься этим по _____минут_____раз(а) в неделю	
Цель 3	Я буду компенсировать потребление всех углеводов	
Цель 4	Я буду есть завтрак ____раз(а) в неделю.	
Цель 5	Я буду правильно питаться, чтобы поддерживать нормальный для меня вес	
Цель 6	Каждый год я буду проходить проверку зрения.	
Цель 7	Я буду измерять уровень сахара в крови по предписанию моего врача или медсестры и буду записывать показания	
Цель 8	Каждый год я буду посещать стоматолога	
Цель 9	Если у меня возникнут трудности в достижении этих целей, я обращусь к своему врачу или медсестре	
Цель 10	Я буду _____	

РАДИ САМОГО СЕБЯ!

Целевое значение показателя A1c	Мой показатель A1c
Нормальный уровень сахара в крови 80–120 мг/дл	Мой уровень сахара в крови - в крови

Моя группа по медицинскому уходу

Врач: _____
Тел. _____

Медсестра: _____
Тел. _____

Работник медицинского просвещения: _____
Тел. _____

Социальный работник: _____
Тел. _____

Диетолог: _____
Тел. _____

Школьная медсестра: _____
Тел. _____

Тел. клиники _____

Тел. психиатрического отделения неотложной помощи _____

План мероприятий по уходу «Всё для меня»

Меня зовут _____
Мне ____ лет.
Медицинская карта _____
Сегодняшняя дата: ____/____/____

ИНСУЛИН ДОЗА	Перед завтраком	Перед обедом	Перед ужином	Перед перекусом на ночь
Lantus, NPH Novolog 70/30, Humalog 75/25				

РЕГУЛЯРНАЯ СКОЛЬЗЯЩАЯ ШКАЛА / HUMALOG / NOVOLOG / APIDA

Уровень глюкозы	Перед завтраком	Перед обедом	Перед ужином	Перед перекусом на ночь