**MESURE DE LA GLYCÉMIE INTERSTITIELLE**

(à remplir si l’enfant a besoin d’aide)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| **Nom du glucomètre** **:**       | **Emplacement du glucomètre** **:**       |
| **Horaire :**       |
|  |  |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI | FAITES CE QUI SUIT |
| Glycémie ≥ 6 mmol/l et en hausse (flèche pointant vers le haut) | Rien |
| Glycémie ≥ 6 mmol/l et stable (la flèche ne pointe ni vers le haut ni vers le bas) | Rien |
| Glycémie entre 6 et 10 mmol/l et en baisse (flèche pointant vers le bas) | Donnez à l’enfant des sucres rapides à titre préventif (sauf avant un repas). |
| Glycémie entre 4 et 6 mmol/l, quelle que soit la direction de la flèche.  | Donnez à l’enfant des sucres rapides à titre préventif. L’enfant peut participer à l’activité physique. |
| Glycémie < 4 mmol/l. | Faites le traitement contre l’hypoglycémie. |

Les repas et collations prévus doivent toujours être consommés par l’enfant, peu importe la mesure de la glycémie interstitielle.

On recommande de désactiver l’alarme ou de régler le glucomètre sur le mode vibration.

**FICHE DE VÉRIFICATION DE LA GLYCÉMIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| **Date/heure** | **Mesure de la glycémie** | **Intervention** | **Initiales** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Signature : Initiales :