**PLAN DE SOINS POUR DIABÉTIQUES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | | | **Date de naissance :** | |
| **Nom du programme communautaire :** | | | | |
| **Nom – mère, père, tuteur ou tutrice :** | | |  | |
| **Tél. domicile :** | **Tél. cellulaire :** | | **Tél. travail :** | |
| **Nom – mère, père, tuteur ou tutrice :** | |  | | |
| **Tél. domicile :** | **Tél. cellulaire :** | | | **Tél. travail :** |
| **Personne à joindre en cas d’urgence :** | | | | |
| **Tél. domicile :** | **Tél. cellulaire :** | | | **Tél. travail :** |
| **Endocrinologue :** | | **N° de tél. :** | | |
| **Pédiatre/Médecin de famille :** | | **N° de tél. :** | | |
| **Maladies :** | | | | |
| **Allergies :** | | | | |
| **Médicaments sur ordonnance :** | | | | |
| **L’enfant porte-t-il un dispositif d’identification Medic-Alert**? **OUI NON** | | | | |
| **Renseignements sur l’enfant**  *Date du diagnostic* :  *Antécédents*:  *Capacité de se soigner lui-même*:  *Type de sucres rapides et lieu d’entreposage* :  Il faut permettre à l’enfant de communiquer n’importe quand avec son parent ou son tuteur en cas de préoccupations liées au diabète. | | | | |

**Le plan de soins pour diabétiques et les médicaments d’urgence doivent   
accompagner l’enfant en cas d’excursion hors de l’établissement.**

#### HYPOGLYCÉMIE ET HYPERGLYCÉMIE

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Date de naissance :** |
| SI VOUS CONSTATEZ CECI | FAITES CE QUI SUIT |
| Hypoglycémie (basse glycémie)  * Peau froide, moite ou en sueur. * Tremblements, manque de coordination. * Irritabilité, hostilité, mauvais comportement. * Fatigue. * Sautes d’humeur ou changements soudains de comportement. * Difficulté de concentration, confusion. * Marche titubante. * L’enfant peut se plaindre de : * nervosité, * faim extrême, * mal de tête, * vision embrouillée, * étourdissements, * douleur abdominale ou nausée. * Évanouissement, perte de connaissance   **Symptômes ressentis en général par l’enfant** | 1. Vérifiez la glycémie de l’enfant si un glycomètre est disponible et si le temps le permet. 2. Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/l ou que l’enfant présente des signes d’hypoglycémie, donnez à l’enfant des sucres rapides. 3. Attendez 15 minutes, puis vérifiez la glycémie. Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/l ou si l’enfant présente toujours des signes d’hypoglycémie, donnez à l’enfant une deuxième dose de sucres rapides.   4. Attendez 15 minutes, puis vérifiez à nouveau la glycémie. Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/l ou si l’enfant présente toujours des signes d’hypoglycémie, donnez à l’enfant une troisième dose de sucres rapides et communiquez avec le parent ou tuteur.  5. Si vous n’êtes pas en mesure de communiquer avec le parent ou tuteur ou avec la personne à joindre en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.  6. Lorsque la glycémie est supérieure à 4 mmol/l, mais qu’il reste au moins une heure avant le prochain repas ou la collation, l’enfant doit manger une collation supplémentaire de glucides (5, 10 ou 15 grammes) avec des protéines, si possible. Il incombe au parent ou au tuteur de fournir et d’étiqueter les aliments à cette fin.  RESTEZ AVEC L’ENFANT pendant au moins 30 minutes après le traitement de l’hypoglycémie. |
| **Hypoglycémie grave**   * Convulsions * Perte de connaissance * Incapable ou refuse d’avaler | 1. Allongez l’enfant au sol sur le côté. 2. Administrez Baqsimi™, si disponible. 3. Composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence. 4. Avertissez le parent ou le tuteur. 5. Si l’enfant présente toujours des signes d’hypoglycémie grave après 15 minutes, une deuxième dose de Baqsimi™ peut lui être administrée, si elle est disponible. 6. Restez avec l’enfant jusqu’à l’arrivée des intervenants du service médical d’urgence.   NE DONNEZ RIEN à boire ni à manger à l’enfant. |
| **Hyperglycémie (glycémie élevée)**   * Augmentation de la soif * Fatigue * Besoin d’uriner plus fréquemment   **Symptômes ressentis en général par l’enfant** | 1. Vérifiez la glycémie de l’enfant si un glycomètre est disponible. 2. Informez le parents ou le tuteur si la glycémie dépasse       **OU** si l’enfant a des symptômes d’hyperglycémie.   L’enfant doit avoir libre accès à l’eau ou à d’autres liquides sans sucre, ainsi qu’aux toilettes. |

**CONTRÔLE QUOTIDIEN DU DIABÈTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | **Date de naissance :** |
| **Repas/collations (p. ex. horaire)**    Il incombe au parent/tuteur de fournir des collations et des repas. Il est recommandé que le parent/tuteur étiquette clairement les aliments fournis à son enfant, soit « sucres rapides » et « collations de glucides et protéines ». | |
| **Vérification de la glycémie (p. ex. type et emplacement du glucomètre, horaire)** | |
| **Activité physique (p. ex. collation ou vérification de la glycémie avant l’exercice)**    Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/l avant une activité physique.   1. Donnez des sucres rapides à manger à l’enfant (15 grammes de glucides). 2. Attendez 15 minutes, puis vérifiez à nouveau la glycémie.  * Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/l, suivez la procédure en cas d’hypoglycémie (page 2). * Si la glycémie est de 4 mmol/l ou plus, l’enfant peut participer à l’activité physique.   L’enfant ne doit pas prendre part à l’activité physique si sa glycémie est de moins de 4 mmol/l. | |
| **En cas de maladie**   1. Communiquez avec le parent ou le tuteur. 2. Vérifiez la glycémie de l’enfant si un glycomètre est disponible. 3. Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/l, suivez la procédure en cas d’hypoglycémie. 4. Si l’enfant vomit ET que vous n’arrivez pas à joindre le parent, le tuteur ou toute autre personne à contacter en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services d’urgence. | |
| **Planification d’événements spéciaux (p. ex. excursion sur le terrain, célébrations avec de la nourriture)**  Avertissez le parent ou le tuteur en cas d’activité spéciale pouvant inclure un exercice physique ou de la nourriture afin qu’un plan adapté puisse être mis en œuvre. | |

#### DOCUMENTATION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | | **Date de naissance :** |
| **Date** | **Documentation et signature** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

## SIGNATURES

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom :** | | | **Date de naissance :** | |
|  | | | | |
| **Le plan de soins personnalisé a été rempli et examiné avec le parent ou tuteur par**  Signature de l’infirmière Date Signature de l’infirmière Date | | | | |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |

#### *J’ai examiné le présent plan de soins et je consens à ce qu’il soit mis en œuvre dans le cadre du programme communautaire.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Signature – mère, père, tuteur ou tutrice Date**