**PLAN DE SOINS POUR DIABÉTIQUES – POMPE**

|  |  |
| --- | --- |
| **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* :      *Emplacement des fournitures (mécanisme de perfusion supplémentaire, autre source d’insuline, piles de rechange) :*      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.

**Signes d’hypoglycémie que l’enfant éprouve fréquemment**      | 1. Vérifiez la glycémie si le glucomètre est accessible et si vous avez assez de temps.
2. Si la glycémie est inférieure à 4 mmol/l ou si 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 en dessous de 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’arrivez pas à communiquer avec le parent, le tuteur ou 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.EN CAS DE DOUTE, FAITES LE TRAITEMENT!Après avoir administré le traitement contre l’hypoglycémie, NE LAISSEZ PAS L’ENFANT SEUL pendant au moins 30 minutes.  |
| **Hypoglycémie (basse glycémie)*** Convulsions
* Perte de connaissance
* Incapable ou refuse d’avaler
 | 1. Allongez l’enfant au sol sur le côté.
2. Administrez BAQSIMI™, si disponible (voir l’encart de la page Basqimi).
3. Composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.
4. Avertissez le parents 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 parent ou le tuteur si la glycémie de l’enfant 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)**     L’enfant ne doit pas prendre part à l’activité physique si sa glycémie est de moins de 4 mmol/l.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.
 |
| **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.
 |
| **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. |

**ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| **SI VOUS CONSTATEZ CECI** | **FAITES CE QUI SUIT** |
| Lorsque la glycémie est supérieure à 14,0 mmol/l avant un repas (le repas de midi, par exemple) | 1. Faites une analyse d’urine ou de sang pour mesurer le taux de cétone.
2. Communiquez avec le parent ou le tuteur si l’enfant a un taux de cétone faible, moyen ou élevé (si la couleur de la bandelette d’analyse d’urine est une nuance de rose ou de violet ou si le résultat de l’analyse sanguine est supérieur à 0,6 mmol/l).
3. Si vous n’arrivez pas à communiquer avec le parent, le tuteur ou la personne à joindre en cas d’urgence dans les deux heures, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.
 |
| * + Le mécanisme de perfusion se détache, la pompe se dérègle ou n’est pas disponible.
	+ La pompe se dérègle (l’écran indique que l’insuline ne passe pas ou l’alarme sonne).
	+ La pompe n’est pas disponible.
 | 1. Vérifiez la glycémie.
2. Si la glycémie est supérieure à 14,0 mmol/l
	1. Faites une analyse pour mesurer le taux de cétone.
	2. Communiquez avec le parent ou le tuteur si l’enfant a un taux de cétone faible, moyen ou élevé (si la couleur de la bandelette d’analyse d’urine est une nuance de rose ou de violet ou si le résultat de l’analyse sanguine est supérieur à 0,6 mmol/l).
	3. Si vous n’êtes pas en mesure de communiquer avec le parent ou tuteur ou avec la personne à joindre en cas d’urgence et que l’enfant a des vomissements, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence. Si l’enfant n’a pas de vomissements et que vous n’êtes pas en mesure de communiquer dans les deux heures avec le parent, le tuteur ou la personne à joindre en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.
3. Si la glycémie est de 14,0 mmol/l ou moins
4. Communiquez avec le parent ou le tuteur.
5. Si vous n’êtes pas en mesure de communiquer dans les deux heures 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. Il est recommandé que l’enfant rétablisse le mécanisme de perfusion/pompe et s’administre de l’insuline par injection, s’il est en mesure de le faire.
 |

**ACIDOCÉTOSE DIABÉTIQUE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| **SI VOUS CONSTATEZ CECI** | **FAITES CE QUI SUIT** |
| L’enfant se sent malade ou semble malade | 1. Communiquez avec le parent ou le tuteur.
2. Vérifiez la glycémie.
3. Si la glycémie est supérieure à 14,0 mmol/l
4. Faites une analyse pour mesurer le taux de cétone.
5. Communiquez avec les parents ou le tuteur si l’enfant a un taux de cétone faible, moyen ou élevé (la couleur de la bandelette d’analyse d’urine est une nuance de violet, le résultat de l’analyse sanguine est supérieur à 0,6 mmol/l).
6. Si vous n’êtes pas en mesure de communiquer avec le parent ou tuteur ou avec la personne à joindre en cas d’urgence et que l’enfant a des vomissements, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence. Si l’enfant n’a pas de vomissements et que vous n’êtes pas en mesure de communiquer dans les deux heures avec le parent, le tuteur ou la personne à joindre en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.
7. Si la glycémie est inférieure à 4,0 mmol/l
8. Donnez des sucres rapides à l’enfant.
9. Si la glycémie ne s’améliore pas après trois sucres rapides (voir le traitement de l’hypoglycémie à la page 9 pour plus de détails) ET que vous n’arrivez pas à joindre le parents, le tuteur ou la personne à contacter en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services d’urgence.
10. Si l’enfant vomit ou n’arrive pas à garder de nourriture ou de liquide
	1. Communiquez avec le parent ou le tuteur.
11. Si vous n’arrivez pas à communiquer avec le parent, le tuteur ou la personne à joindre en cas d’urgence, composez le 911 ou le numéro des services médicaux d’urgence.
 |

**ANALYSE DU TAUX DE CÉTONE**

|  |  |
| --- | --- |
|  **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| **Méthode d’analyse :**       | **Réglage de la lancette (s’il y a lieu) :**       |
| **Emplacement des fournitures :**       |
| **Entreposage et élimination des fournitures :**       |
|  |  |
| **Procédure à suivre pour l’analyse du taux de cétone**Analyse d’urine* 1. Trempez le bout réactif de la bandelette dans l’urine fraîche.
	2. Retirez la bandelette de l’urine et attendez 15 secondes.
	3. Comparez la couleur de la bandelette avec l’échelle de couleurs sur le flacon.
	4. Consignez le résultat de l’analyse.
	5. Débarrassez-vous de la bandelette de façon sécuritaire.

Analyse de sang (avec un appareil Precision Xtra, par exemple)1. Lavez-vous les mains.
2. Veillez à ce que l’enfant se lave les mains, ou nettoyez-lui le doigt avec un tampon à l’alcool.
3. Insérez une bandelette dans la fente de l’appareil. La plupart de ces appareils se mettent en marche automatiquement lorsqu’on fait cela.
4. Préparez l’appareil en insérant fermement une lancette neuve et stérile dans l’autopiqueur jusqu’à ce qu’elle soit bien en place et enlevez le capuchon de protection de la lancette.
5. Ajustez la profondeur de la perforation selon les besoins.
6. Placez l’autopiqueur fermement contre le doigt de l’enfant et appuyez sur le bouton, ce qui éjecte la lancette et pique le bout du doigt de l’enfant.
7. Appuyez doucement sur les côtés du bout du doigt de l’enfant, de façon à faire sortir à la surface une gouttelette de sang.
8. Appliquez la gouttelette sur la rainure du bout de la bandelette-test.
9. Consignez le résultat de l’analyse.
10. Débarrassez-vous de la bandelette de façon sécuritaire.
 |

**FICHE D’ANALYSE DU TAUX DE CÉTONE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :**       | **Date de naissance :**       |
| **Date/heure** | **Résultats d’analyse** | **Intervention** | **Initiales** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Signature : Initiales :

#### 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**