Escuelas de la Ciudad de Westerville
Anexo de Atención de la diabetes
(Adjunte esta página a la Orden de proveedores médicos)

Nombre del estudiante: _____Fecha de nacimiento:_____

Tipo de diabetes: _____Fecha del diagnóstico: _____

Nombre de la escuela: _____Maestro del aula principal:_____

Firmas

Yo, (padre/madre/tutor)_____doy permiso a la enfermera escolar u otro profesional de la salud calificado o personal capacitado en diabetes para realizar y llevar a cabo las tareas de atención de la diabetes como se describe en este Plan de Control Médico de la Diabetes. También doy mi consentimiento para la divulgación de la información contenida en este Plan de Control Médico de la Diabetes a todo el personal de la escuela y otros adultos que sean responsables de mi hijo y que puedan necesitar conocer esta información para mantener la salud y la seguridad de mi hijo. También doy permiso a la enfermera escolar u otro profesional de la salud calificado para colaborar con el médico/proveedor de atención médica de mi hijo.

Reconocido y recibido por:

Padre/Madre/Tutor del estudiante: _____Fecha:_____

Enfermera escolar o persona designada: _____Fecha:_____

24/FEB/25

Plan de Control Médico de la Diabetes (DMMP)

Este plan debe ser completado por el equipo personal de atención médica de diabetes del estudiante, incluidos los padres/tutores. Debe ser revisado con el personal pertinente de la escuela y deben guardarse copias en un lugar que sea fácilmente accesible para la enfermera escolar, el personal capacitado en diabetes y otro personal autorizado.

Fecha del plan: _____ Este plan es válido para el ciclo escolar actual: _____-_____

Datos del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha del diagnóstico de diabetes: _____ ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐ Otra: _____

Escuela: _____ Número de teléfono de la escuela: _____

Grado: _____ Maestra del aula principal: _____

Enfermera escolar: _____ Teléfono: _____

Datos de contacto

Padre/madre/tutor 1: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Padre/madre/tutor 2: _____

Dirección: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Médico/proveedor de atención médica del estudiante: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Número de emergencia: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Otros contactos de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Comprobación del nivel de glucosa en sangre

Marca/modelo del medidor de glucosa en sangre: _____

Rango objetivo de glucosa en sangre:

Antes de las comidas: ☐ 90–130 mg/dl ☐ Otro: _____

Comprobar el nivel de glucosa en sangre:

☐ Antes del desayuno ☐ Después del desayuno ☐ _____Horas después del desayuno

☐ 2 horas después de una dosis de corrección

☐ Antes del almuerzo ☐ Después del almuerzo ☐ _____Horas después del almuerzo ☐ Antes de la salida

☐ A media mañana ☐ Antes de Educación Física ☐ Después de Educación Física ☐ Otro: _____

☐ Según sea necesario para tratar signos/síntomas de niveles bajos o altos de glucosa en sangre

☐ Según sea necesario para tratar signos/síntomas de enfermedad

Sitio de prueba preferido: ☐ Lado de la yema del dedo ☐ Otro: _____

Nota: Siempre se debe utilizar el lado de la yema del dedo para comprobar el nivel de glucosa en sangre si se sospecha hipoglucemia.

Competencia del estudiante para comprobar el nivel glucosa en sangre por cuenta propia:

☐ Comprueba de forma independiente su propia glucosa en sangre

☐ Puede comprobar la glucosa en sangre bajo supervisión

☐ Requiere que una enfermera escolar o personal capacitado en diabetes compruebe la glucosa en sangre

☐ Utiliza un teléfono inteligente u otra tecnología de monitoreo para rastrear los valores de glucosa en sangre

Monitor continuo de glucosa (CGM): ☐ Sí ☐ No Marca/modelo: _____

Alarmas configuradas para: Baja grave: _____ Baja: _____ Alta: _____

Alarma predictiva: Baja: _____ Alta: _____ Velocidad de cambio: Baja: _____ Alta: _____

Configuración de suspensión de umbral: _____

El CGM se puede utilizar para el cálculo de insulina si la glucosa está entre ____-____ mg/dL ___Sí ____No

El CGM se puede utilizar para el control de la hipoglucemia ___Sí ____No

El CGM se puede utilizar para el control de la hiperglucemia ___Sí ____No

Información adicional para estudiantes con CGM

- Las inyecciones de insulina deben administrarse al menos a tres pulgadas de distancia del sitio de inserción del CGM.
- No lo desconecte del CGM para realizar actividades deportivas.
- Si el adhesivo se está despegando, refuércelo con cinta médica aprobada.
- Si el CGM se sale, devuelva todo a los padres o tutores. No tire ninguna parte.
- Consulte las instrucciones del fabricante sobre cómo utilizar el dispositivo del estudiante.

Competencia del estudiante para manejar el CGM por cuenta propia: Marque "Sí" o "No" si el estudiante puede realizar la acción indicada de forma independiente.

El estudiante soluciona alarmas y fallas de funcionamiento.	☐ Sí	☐ No
El estudiante sabe qué hacer y es capaz de manejar una alarma ALTA.	☐ Sí	☐ No
El estudiante sabe qué hacer y es capaz de manejar una alarma BAJA.	☐ Sí	☐ No
El estudiante puede calibrar el CGM.	☐ Sí	☐ No
El estudiante sabe qué hacer cuando el CGM indica una tendencia rápida al alza o a la baja en el nivel de glucosa en sangre.	☐ Sí	☐ No

Debe acompañarse al estudiante a la enfermería si suena la alarma del CGM: ☐ Sí ☐ No

Otras instrucciones para el equipo de salud escolar: _____

Tratamiento de la hipoglucemia

Síntomas habituales de hipoglucemia en el estudiante (enumere a continuación): _____

_____

Si presenta síntomas de hipoglucemia, O si el nivel de glucosa en sangre es inferior a _____mg/dl, adminístrele un producto de glucosa de acción rápida equivalente a _____gramos de carbohidratos.

Vuelva a comprobar la glucosa en sangre en 15 minutos y repita el tratamiento si el nivel de glucosa en sangre es inferior a ____mg/dl.

Tratamiento adicional: _____

_____

Si el estudiante no puede comer ni beber, está inconsciente o no responde, o presenta convulsiones (movimientos espasmódicos):

- Coloque al estudiante de lado para evitar que se ahogue.
- Administre glucagón Nombre del glucagón utilizado: _____

Inyección:

☐ 1 mg ☐ ½ mg ☐ Otra (dosis) _____

- Vía: ☐ Subcutánea (SC) ☐ Intramuscular (IM)
- Sitio de inyección de glucagón: ☐ Nalgas ☐ Brazo ☐ Muslo ☐ Otro: _____

Vía nasal:

☐ 3 mg

- Vía: ☐ Intranasal (IN)
- Sitio: ☐ Nariz

- Llame al 911 (servicios médicos de emergencia, EMS) y a los padres/tutores del estudiante.
- Comuníquese con el proveedor de atención médica del estudiante.
- Si utiliza una bomba de insulina, deténgala poniéndola en modo de suspensión o desconéctela. Envíe siempre la bomba con los EMS al hospital.

Tratamiento de la hiperglucemia

Síntomas habituales de hiperglucemia en el estudiante (lista a continuación): _____

_____

- Comprobar ☐ Orina ☐ Cetonas en sangre cada ____horas en las que los niveles de glucosa en sangre sean superiores a _____mg/dl.
- Si la glucosa en sangre es superior a _____mg/dl Y han transcurrido al menos _____horas desde la última dosis de insulina, administre la dosis de corrección de insulina (consulte las indicaciones sobre dosis de corrección).
- Notifique a los padres/tutores si el nivel de glucosa en sangre es superior a _____mg/dl.
- Para usuarios de bombas de insulina: consulte **Información adicional para estudiantes con bomba de insulina.**
- Permita acceso sin restricciones al baño.
- Dé agua adicional y/o bebidas que no contengan azúcar (nada de jugos de frutas): _____onzas por hora.

Tratamiento adicional para las cetonas: _____

- Siga las órdenes de actividad física y deporte. (consulte **Actividad física y deportes**)

Si el estudiante tiene síntomas de una emergencia de hiperglucemia, llame al 911 (servicios médicos de emergencia) y comuníquese con los padres/tutores y con el proveedor de atención médica del estudiante. Los síntomas de una emergencia de hiperglucemia incluyen: boca seca, sed extrema, náuseas y vómitos, dolor abdominal intenso, respiración agitada o dificultad para respirar, dolor en el pecho, aumento de la somnolencia o letargo, o nivel de conciencia deprimido.

Terapia con insulina

Dispositivo de administración de insulina: ☐ Jeringa ☐ Pluma de insulina ☐ Bomba de insulina

Tipo de terapia con insulina en la escuela: ☐ Insulina ajustable (basal-bolo) ☐ Terapia con insulina fija ☐ Sin insulina

Terapia con insulina ajustable (basal-bolo)

- **Cobertura de carbohidratos/Dosis de corrección:** Nombre de la insulina: _____
- **Cobertura de carbohidratos:**

  Proporción insulina-carbohidratos:

  Desayuno: 1 unidad de insulina por_____ gramos de carbohidratos
  Almuerzo: 1 unidad de insulina por_____ gramos de carbohidratos
  Refrigerio: 1 unidad de insulina por_____ gramos de carbohidratos

Ejemplo de cálculo de dosis de carbohidratos
Total de gramos de carbohidratos a consumir ÷ Proporción insulina-carbohidratos = ____Unidades de insulina

Dosis de corrección: Factor de corrección de glucosa en sangre (factor de sensibilidad a la insulina) = _____
Glucosa en sangre objetivo = ___mg/dl

Ejemplo de cálculo de dosis de corrección
(Glucosa en sangre actual – Glucosa en sangre objetivo) ÷ Factor de corrección = _____Unidades de insulina

Escala de dosis de corrección (utilice en lugar del cálculo anterior para determinar la dosis de corrección de insulina):

Glucosa en sangre ___a ____mg/dl, administre _____unidades Glucosa en sangre _____a ____mg/dl, administre _____unidades

Glucosa en sangre ___a ____mg/dl, administre _____unidades Glucosa en sangre ____a ____mg/dl, administre _____unidades

Consulte los ejemplos de hojas de trabajo en **Control avanzado de la insulina: utilizar las proporciones insulina-carbohidratos y los factores de corrección** para obtener instrucciones sobre cómo computar la dosis de insulina utilizando la proporción insulina-carbohidratos y el factor de corrección de insulina del estudiante.

Cuándo administrar insulina:

Desayuno

☐ Cobertura de carbohidratos únicamente

☐ Cobertura de carbohidratos más dosis de corrección cuando la glucosa en sangre es superior a _____mg/dl y han transcurrido _____horas desde la última dosis de insulina.

☐ Otro: _____

Almuerzo

☐ Cobertura de carbohidratos únicamente

☐ Cobertura de carbohidratos más dosis de corrección cuando la glucosa en sangre es superior a _____mg/dl y han transcurrido _____horas desde la última dosis de insulina.

☐ Otro: _____

Refrigerio

☐ No hay cobertura para el refrigerio

☐ Cobertura de carbohidratos únicamente

☐ Cobertura de carbohidratos más dosis de corrección cuando la glucosa en sangre es superior a _____mg/dl y han transcurrido _____horas desde la última dosis de insulina.

☐ Dosis de corrección únicamente: Si la glucosa en sangre es superior a _____mg/dl Y han transcurrido al menos _____horas desde la última dosis de insulina.

☐ Otro: _____

Terapia con insulina (continuación)

Terapia con insulina fija Nombre de la insulina: _____

☐ _____Unidades de insulina administradas diariamente antes del desayuno

☐ _____Unidades de insulina administradas diariamente antes del almuerzo

☐ _____Unidades de insulina administradas diariamente antes de un refrigerio

☐ Otro: _____

Terapia con insulina basal Nombre de la insulina: _____

Para ser administrada durante el horario escolar: _____Dosis antes del desayuno: _____ unidades

_____Dosis antes del almuerzo: _____ unidades

_____Dosis antes de la cena: _____ unidades

Otros medicamentos para la diabetes:

Nombre: _____Dosis: _____Vía: _____Horas de administración: _____

Nombre: _____Dosis: _____Vía: _____Horas de administración: _____

Autorización de los padres/tutores para ajustar la dosis de insulina

☐ Sí ☐ No Debe obtenerse la autorización de los padres/tutores antes de administrar una dosis de corrección.

☐ Sí ☐ No Los padres/tutores están autorizados a aumentar o disminuir la escala de la dosis de corrección dentro del siguiente rango: +/- _____unidades de insulina.

☐ Sí ☐ No Los padres/tutores están autorizados a aumentar o disminuir la proporción de insulina a carbohidratos dentro del siguiente rango: _____unidades por gramos prescritos de carbohidratos, +/ _____ gramos de carbohidratos.

☐ Sí ☐ No Los padres/tutores están autorizados a aumentar o disminuir la dosis de insulina fija dentro del siguiente rango: +/- _____unidades de insulina.

Competencia del estudiante para autoadministrarse la insulina:

☐ Calcula y administra sus propias inyecciones de forma independiente.

☐ Puede calcular/administrar sus propias inyecciones con supervisión.

☐ Requiere que una enfermera escolar o personal capacitado en diabetes calcule la dosis, y el estudiante puede administrarse su propia inyección con supervisión.

☐ Requiere que una enfermera escolar o personal capacitado en diabetes calcule la dosis y administre la inyección.

Información adicional para estudiantes con bomba de insulina

Marca/modelo de la bomba: _____ Tipo de insulina en la bomba: _____

Velocidades basales durante la escuela: Hora: _____ Velocidad basal: _____ Hora: _____ Velocidad basal: _____

Hora: _____ Velocidad basal: _____ Hora: _____ Velocidad basal: _____

Hora: _____ Velocidad basal: _____

Otras instrucciones de la bomba: _____

_____

Tipo de equipo de infusión: _____

Información adicional para estudiantes con bomba de insulina (continuación)

Sitio(s) de infusión apropiado(s): _____

☐ Si la glucosa en sangre es superior a _____mg/dl y no ha disminuido en un plazo de _____horas después de la corrección, considere la posibilidad de una falla de la bomba o una falla en el sitio de infusión. Notifique a los padres/tutores.

☐ En caso de falla del sitio de infusión: Inserte un nuevo equipo de infusión y/o reemplace el depósito, o administre insulina con una jeringa o pluma.

☐ En caso de sospecha de falla de la bomba: Suspenda el uso de la bomba o retírela y administre insulina con una jeringa o pluma.

Actividad física

Puede desconectarse de la bomba para realizar actividades deportivas:	☐ Sí, por _____horas	☐ No
Configure una velocidad basal temporal:	☐ Sí, _____% basal temporal por ___horas	☐ No
Suspenda el uso de la bomba:	☐ Sí, por _____horas	☐ No

Competencia del estudiante para manejar la bomba: Marque "Sí" o "No" si el estudiante puede realizar la acción indicada de forma independiente.

Cuenta los carbohidratos	☐ Sí	☐ No
Calcula la cantidad correcta de insulina para los carbohidratos consumidos	☐ Sí	☐ No
Administra el bolo de corrección	☐ Sí	☐ No
Calcula y configura los perfiles basales	☐ Sí	☐ No
Calcula y configura la velocidad basal temporal	☐ Sí	☐ No
Cambia las pilas	☐ Sí	☐ No
Desconecta la bomba	☐ Sí	☐ No
Reconecta la bomba al equipo de infusión	☐ Sí	☐ No
Prepara el depósito, el receptáculo y/o el tubo	☐ Sí	☐ No
Inserta el equipo de infusión	☐ Sí	☐ No
Soluciona alarmas y fallas de funcionamiento	☐ Sí	☐ No

Plan de comidas

Comida/Refrigerio	Hora	Contenido de carbohidratos (gramos)
Desayuno		_____ a _____
Refrigerio a media mañana		_____ a _____
Almuerzo		_____ a _____
Refrigerio a media tarde		_____ a _____

Otras horas para dar refrigerios y contenido/cantidad: _____

_____

Instrucciones para cuando se proporciona comida a la clase (p. ej., como parte de una fiesta de clase o un evento de degustación de alimentos): _____

_____

Se permite la sustitución de alimentos por parte de los padres o tutores en comidas, refrigerios y eventos especiales/fiestas.

Se permiten comidas para eventos especiales o fiestas: ☐ A discreción de los padres/tutores ☐ A discreción del estudiante

Competencia del estudiante en control nutricional por cuenta propia:

☐ Cuenta carbohidratos de forma independiente

☐ Puede contar carbohidratos con supervisión

☐ Requiere que la enfermera escolar o el personal capacitado en diabetes cuenten los carbohidratos

Actividad física y deportes

En el lugar donde se realizan actividades de educación física y deportes debe estar disponible una fuente de glucosa de acción rápida, como ☐ tabletas de glucosa y/o ☐ jugos que contengan azúcar.

El estudiante debe comer ☐ 15 gramos de carbohidratos ☐ 30 gramos de carbohidratos ☐ otro: _____

☐ antes de una actividad física vigorosa ☐ cada 30 minutos durante una actividad física vigorosa
☐ cada 60 minutos durante una actividad física vigorosa ☐ después de una actividad física vigorosa ☐ otro: _____

Si el nivel de glucosa en sangre más reciente es inferior a _____mg/dl, el estudiante puede participar en actividad física cuando la glucosa en sangre se haya corregido y sea superior a _____mg/dl.

Evite la actividad física cuando la glucosa en sangre sea superior a _____mg/dl o si las cetonas en orina o sangre son moderadas o elevadas.

(Consulte **Administrar insulina** para obtener información adicional para estudiantes con bombas de insulina).

Plan de desastre/emergencia y simulacro

Para prepararse para un desastre no planificado, una emergencia (72 horas) o un simulacro, obtenga un kit de suministros de emergencia de los padres o tutores. La enfermera escolar u otro personal designado debe llevar los suministros y medicamentos para la diabetes del estudiante a su destino para que estén disponibles durante el desastre no planificado, la emergencia o el simulacro.

☐ Continúe cumpliendo las órdenes contenidas en este DMMP.

☐ Órdenes adicionales de insulina como se indica a continuación (p. ej., cena y noche): _____

_____

_____

☐ Otro: _____

Firmas

Este Plan de Control Médico de la Diabetes ha sido aprobado por:

_____

Médico/Proveedor de atención médica del estudiante Fecha

Yo, (padre/madre/tutor) _____doy permiso a la enfermera escolar u otro profesional de la salud calificado o personal capacitado en diabetes de (escuela) _____para realizar y llevar a cabo las tareas de atención de la diabetes como se describe en el Plan de Control Médico de la Diabetes de (estudiante)_____. También doy mi consentimiento para la divulgación de la información contenida en este Plan de Control Médico de la Diabetes a todo el personal de la escuela y otros adultos que sean responsables de mi hijo y que puedan necesitar conocer esta información para mantener la salud y la seguridad de mi hijo. También doy permiso a la enfermera escolar u otro profesional de la salud calificado para contactar al médico/proveedor de atención médica de mi hijo.

Reconocido y recibido por:

_____

Padre/madre/tutor del estudiante Fecha

_____

Padre/madre/tutor del estudiante Fecha

_____

Enfermera escolar/Otro personal de atención médica calificado Fecha

Westerville City Schools
Addendum for Diabetes Care
(Attach this page to Medical Providers Order)

Student Name: _____ DOB:_____

Diabetes Type: _____ Date Diagnosed: _____

School Name: _____ Homeroom Teacher:_____

Signatures

I, (parent/guardian)_____ give permission to the school nurse or another qualified health care professional or trained diabetes personnel to perform and carry out the diabetes care tasks as outlined in this Diabetes Medical Management Plan. I also consent to the release of the information contained in this Diabetes Medical Management Plan to all school staff members and other adults who have responsibility for my child and who may need to know this information to maintain my child's health and safety. I also give permission to the school nurse or another qualified health care professional to collaborate with my student's physician/health care provider.

Acknowledged and received by:

Student's Parent/Guardian: _____ Date:_____

School Nurse or Designee: _____ Date:_____

2/24/25

Diabetes Medical Management Plan (DMMP)

This plan should be completed by the student's personal diabetes health care team, including the parents/guardians. It should be reviewed with relevant school staff and copies should be kept in a place that can be accessed easily by the school nurse, trained diabetes personnel, and other authorized personnel.

Date of plan: _____ This plan is valid for the current school year: _____-_____

Student information

Student's name: _____ Date of birth: _____

Date of diabetes diagnosis:_____ ☐ Type 1 ☐ Type 2 ☐ Other: _____

School: _____ School phone number: _____

Grade: _____ Homeroom teacher: _____

School nurse:_____ Phone: _____

Contact information

Parent/guardian 1: _____

Address: _____

Telephone: Home: _____ Work: _____ Cell: _____

Email address: _____

Parent/guardian 2: _____

Address: _____

Telephone: Home: _____ Work: _____ Cell: _____

Email address: _____

Student's physician/health care provider: _____

Address: _____

Telephone: _____ Emergency number: _____

Email address: _____

Other emergency contacts:

Name: _____ Relationship: _____

Telephone: Home: _____ Work: _____ Cell: _____

Checking blood glucose

Brand/model of blood glucose meter: _____

Target range of blood glucose:

Before meals: ☐ 90–130 mg/dL ☐ Other: _____

Check blood glucose level:

☐ Before breakfast ☐ After breakfast ☐ _____ Hours after breakfast ☐ 2 hours after a correction dose

☐ Before lunch ☐ After lunch ☐ _____ Hours after lunch ☐ Before dismissal

☐ Mid-morning ☐ Before PE ☐ After PE ☐ Other: _____

☐ As needed for signs/symptoms of low or high blood glucose ☐ As needed for signs/symptoms of illness

Preferred site of testing: ☐ Side of fingertip ☐ Other: _____

Note: The side of the fingertip should always be used to check blood glucose level if hypoglycemia is suspected.

Student's self-care blood glucose checking skills:

☐ Independently checks own blood glucose

☐ May check blood glucose with supervision

☐ Requires school nurse or trained diabetes personnel to check blood glucose

☐ Uses a smartphone or other monitoring technology to track blood glucose values

Continuous glucose monitor (CGM): ☐ Yes ☐ No Brand/model: _____

Alarms set for: Severe Low: _____ Low: _____ High: _____

Predictive alarm: Low: _____ High: _____ Rate of change: Low: _____ High: _____

Threshold suspend setting: _____

CGM may be used for insulin calculation if glucose is between ___-___ mg/dL ___Yes ___No

CGM may be used for hypoglycemia management ___ Yes ___ No

CGM may be used for hyperglycemia management ___ Yes ___ No

Additional information for student with CGM

- Insulin injections should be given at least three inches away from the CGM insertion site.
- Do not disconnect from the CGM for sports activities.
- If the adhesive is peeling, reinforce it with approved medical tape.
- If the CGM becomes dislodged, return everything to the parents/guardians. Do not throw any part away.
- Refer to the manufacturer's instructions on how to use the student's device.

Student's Self-care CGM Skills: Check "Yes" or "No" if the student can perform the skill independently.

The student troubleshoots alarms and malfunctions.	☐ Yes	☐ No
The student knows what to do and is able to deal with a HIGH alarm.	☐ Yes	☐ No
The student knows what to do and is able to deal with a LOW alarm.	☐ Yes	☐ No
The student can calibrate the CGM.	☐ Yes	☐ No
The student knows what to do when the CGM indicates a rapid trending rise or fall in the blood glucose level.	☐ Yes	☐ No

The student should be escorted to the nurse if the CGM alarm goes off: ☐ Yes ☐ No

Other instructions for the school health team: _____

_____

Hypoglycemia treatment

Student's usual symptoms of hypoglycemia (list below): _____

_____

If exhibiting symptoms of hypoglycemia, OR if blood glucose level is less than _____mg/dL, give a quick-acting glucose product equal to _____ grams of carbohydrate.

Recheck blood glucose in 15 minutes and repeat treatment if blood glucose level is less than _____ mg/dL.

Additional treatment: _____

_____

If the student is unable to eat or drink, is unconscious or unresponsive, or is having seizure activity or convulsions (jerking movement):

- Position the student on his or her side to prevent choking.
- Administer glucagon Name of glucagon used: _____

Injection:

☐ 1 mg ☐ ½ mg ☐ Other (dose) _____

- Route: ☐ Subcutaneous (SC) ☐ Intramuscular (IM)
- Site for glucagon injection: ☐ Buttocks ☐ Arm ☐ Thigh ☐ Other: _____

Nasal route:

☐ 3 mg

- Route: ☐ Intranasal (IN)
- Site: ☐ Nose

- Call 911 (Emergency Medical Services) and the student's parents/guardians.
- Contact the student's health care provider.
- If on insulin pump, stop by placing mode in suspend or disconnect. Always send pump with EMS to hospital.

Hyperglycemia treatment

Student's usual symptoms of hyperglycemia (list below): _____

_____

- Check ☐ Urine ☐ Blood for ketones every _____ hours when blood glucose levels are above _____mg/dL.
- For blood glucose greater than _____mg/dL AND at least _____ hours since last insulin dose, give correction dose of insulin (see correction dose orders).
- Notify parents/guardians if blood glucose is over _____ mg/dL.
- For insulin pump users: see **Additional Information for Student with Insulin Pump.**
- Allow unrestricted access to the bathroom.
- Give extra water and/or non-sugar-containing drinks (not fruit juices): _____ ounces per hour.

Additional treatment for ketones: _____

- Follow physical activity and sports orders. (See **Physical Activity and Sports**)

If the student has symptoms of a hyperglycemia emergency, call 911 (Emergency Medical Services) and contact the student's parents/guardians and health care provider. Symptoms of a hyperglycemia emergency include: dry mouth, extreme thirst, nausea and vomiting, severe abdominal pain, heavy breathing or shortness of breath, chest pain, increasing sleepiness or lethargy, or depressed level of consciousness.

Insulin therapy

Insulin delivery device: ☐ Syringe ☐ Insulin pen ☐ Insulin pump

Type of insulin therapy at school: ☐ Adjustable (basal-bolus) insulin ☐ Fixed insulin therapy ☐ No insulin

Adjustable (Basal-bolus) Insulin Therapy

- **Carbohydrate Coverage/Correction Dose:** Name of insulin: _____
- **Carbohydrate Coverage:**

  Insulin-to-carbohydrate ratio:

  Breakfast: 1 unit of insulin per_____ grams of carbohydrate
  Lunch: 1 unit of insulin per_____ grams of carbohydrate
  Snack: 1 unit of insulin per_____ grams of carbohydrate

Carbohydrate Dose Calculation Example
Total Grams of Carbohydrate to Be Eaten ÷ Insulin-to-Carbohydrate Ratio = _____ Units of Insulin

Correction Dose: Blood glucose correction factor (insulin sensitivity factor) = _____ Target blood glucose = _____mg/dL

Correction Dose Calculation Example
(Current Blood Glucose – Target Blood Glucose) ÷ Correction Factor = _____ Units of Insulin

Correction dose scale (use instead of calculation above to determine insulin correction dose):

Blood glucose _____ to _____ mg/dL, give _____ units Blood glucose _____ to _____ mg/dL, give _____ units

Blood glucose _____ to _____ mg/dL, give _____ units Blood glucose _____ to _____ mg/dL, give _____ units

See the worksheet examples in **Advanced Insulin Management: Using Insulin-to-Carb Ratios and Correction Factors** for instructions on how to compute the insulin dose using a student's insulin-to-carb ratio and insulin correction factor.

When to give insulin:

Breakfast

☐ Carbohydrate coverage only

☐ Carbohydrate coverage plus correction dose when blood glucose is greater than _____ mg/dL and _____ hours since last insulin dose.

☐ Other: _____

Lunch

☐ Carbohydrate coverage only

☐ Carbohydrate coverage plus correction dose when blood glucose is greater than _____ mg/dL and _____ hours since last insulin dose.

☐ Other: _____

Snack

☐ No coverage for snack

☐ Carbohydrate coverage only

☐ Carbohydrate coverage plus correction dose when blood glucose is greater than _____ mg/dL and _____ hours since last insulin dose.

☐ Correction dose only: For blood glucose greater than _____ mg/dL AND at least _____ hours since last insulin dose.

☐ Other: _____

Insulin therapy (continued)

Fixed Insulin Therapy Name of insulin: _____

☐ _____ Units of insulin given pre-breakfast daily

☐ _____ Units of insulin given pre-lunch daily

☐ _____ Units of insulin given pre-snack daily

☐ Other: _____

Basal Insulin Therapy Name of insulin: _____

To be given during school hours: ___ Pre-breakfast dose: ____ units

___ Pre-lunch dose: ____ units

___ Pre-dinner dose: ____ units

Other diabetes medications:

Name: _____ Dose: _____ Route: _____ Times given: _____

Name: _____ Dose: _____ Route: _____ Times given: _____

Parents/Guardians Authorization to Adjust Insulin Dose

☐ Yes ☐ No Parents/guardians authorization should be obtained before administering a correction dose.

☐ Yes ☐ No Parents/guardians are authorized to increase or decrease correction dose scale within the following range: +/- _____ units of insulin.

☐ Yes ☐ No Parents/guardians are authorized to increase or decrease insulin-to-carbohydrate ratio within the following range: _____ units per prescribed grams of carbohydrate, +/ _____ grams of carbohydrate.

☐ Yes ☐ No Parents/guardians are authorized to increase or decrease fixed insulin dose within the following range: +/- _____ units of insulin.

Student's self-care insulin administration skills:

☐ Independently calculates and gives own injections.

☐ May calculate/give own injections with supervision.

☐ Requires school nurse or trained diabetes personnel to calculate dose and student can give own injection with supervision.

☐ Requires school nurse or trained diabetes personnel to calculate dose and give the injection.

Additional information for student with insulin pump

Brand/model of pump: _____ Type of insulin in pump: _____

Basal rates during school: Time: _____ Basal rate: _____ Time: _____ Basal rate: _____

Time: _____ Basal rate: _____ Time: _____ Basal rate: _____

Time: _____ Basal rate: _____

Other pump instructions: _____

_____

Type of infusion set: _____

Additional information for student with insulin pump (continued)

Appropriate infusion site(s): _____

☐ For blood glucose greater than _____ mg/dL that has not decreased within _____ hours after correction, consider pump failure or infusion site failure. Notify parents/guardians.

☐ For infusion site failure: Insert new infusion set and/or replace reservoir, or give insulin by syringe or pen.

☐ For suspected pump failure: Suspend or remove pump and give insulin by syringe or pen.

Physical Activity

May disconnect from pump for sports activities:	☐ Yes, for _____ hours	☐ No
Set a temporary basal rate:	☐ Yes, _____% temporary basal for _____ hours	☐ No
Suspend pump use:	☐ Yes, for _____ hours	☐ No

Student's Self-care Pump Skills: Check "Yes" or "No" if the student can perform the skill independently.

Counts carbohydrates	☐ Yes	☐ No
Calculates correct amount of insulin for carbohydrates consumed	☐ Yes	☐ No
Administers correction bolus	☐ Yes	☐ No
Calculates and sets basal profiles	☐ Yes	☐ No
Calculates and sets temporary basal rate	☐ Yes	☐ No
Changes batteries	☐ Yes	☐ No
Disconnects pump	☐ Yes	☐ No
Reconnects pump to infusion set	☐ Yes	☐ No
Prepares reservoir, pod, and/or tubing	☐ Yes	☐ No
Inserts infusion set	☐ Yes	☐ No
Troubleshoots alarms and malfunctions	☐ Yes	☐ No

Meal plan

Meal/Snack	Time	Carbohydrate Content (grams)
Breakfast		_____ to _____
Mid-morning snack		_____ to _____
Lunch		_____ to _____
Mid-afternoon snack		_____ to _____

Other times to give snacks and content/amount: _____

_____

Instructions for when food is provided to the class (e.g., as part of a class party or food sampling event): _____

_____

Parent/guardian substitution of food for meals, snacks and special events/parties permitted.

Special event/party food permitted: ☐ Parents'/Guardians' discretion ☐ Student discretion

Student's self-care nutrition skills:

☐ Independently counts carbohydrates

☐ May count carbohydrates with supervision

☐ Requires school nurse/trained diabetes personnel to count carbohydrates

Physical activity and sports

A quick-acting source of glucose such as ☐ glucose tabs and/or ☐ sugar-containing juice must be available at the site of physical education activities and sports.

Student should eat ☐ 15 grams ☐ 30 grams of carbohydrate ☐ other: _____

☐ before ☐ every 30 minutes during ☐ every 60 minutes during ☐ after vigorous physical activity ☐ other: _____

If most recent blood glucose is less than _____mg/dL, student can participate in physical activity when blood glucose is corrected and above _____mg/dL.

Avoid physical activity when blood glucose is greater than _____mg/dL or if urine/blood ketones are moderate to large.

(See **Administer Insulin** for additional information for students on insulin pumps.)

Disaster/emergency and drill plan

To prepare for an unplanned disaster, emergency (72 hours) or drill, obtain emergency supply kit from parents/guardians. School nurse or other designated personnel should take student's diabetes supplies and medications to student's destination to make available to student for the duration of the unplanned disaster, emergency, or drill.

☐ Continue to follow orders contained in this DMMP.

☐ Additional insulin orders as follows (e.g., dinner and nighttime): _____

_____

_____

☐ Other: _____

Signatures

This Diabetes Medical Management Plan has been approved by:

_____

Student's Physician/Health Care Provider Date

I, (parent/guardian) _____ give permission to the school nurse or another qualified health care professional or trained diabetes personnel of (school) _____to perform and carry out the diabetes care tasks as outlined in (student)_____ Diabetes Medical Management Plan. I also consent to the release of the information contained in this Diabetes Medical Management Plan to all school staff members and other adults who have responsibility for my child and who may need to know this information to maintain my child's health and safety. I also give permission to the school nurse or another qualified health care professional to contact my child's physician/health care provider.

Acknowledged and received by:

_____

Student's Parent/Guardian Date

_____

Student's Parent/Guardian Date

_____

School Nurse/Other Qualified Health Care Personnel Date

2/24/25