

이름: _____ 생년월일: _____ 날짜: _____ 학년: _____ - _____

버지니아주 당뇨병 의료 관리 계획
(Diabetes Medical Management Plan, "DMMP")
국립 당뇨병 교육 프로그램 DMMP(2016)에서 조정

이 계획은 학부모/보호자가 포함된 학생의 개인 당뇨병 건강 관리팀에 의해 수립되어야 합니다. 그것은 관련 교직원과 함께 검토되어야 하고 사본은 학교 간호사, 교육을 받은 당뇨병 요원 및 기타 권한이 있는 직원이 쉽게 접근할 수 있는 장소에 보관되어야 합니다.

학생 정보

학생 이름: _____ 생년월일: _____
당뇨병 진단 날짜: _____ 유형 1 유형 2 기타: _____
학교 이름: _____ 학교 전화 번호: _____
학년: _____ 담임 교사: _____
학교 간호사: _____ 전화: _____

연락처 정보

학부모/보호자 1: _____

주소: _____

전화: 자택: _____ 직장: _____ 휴대폰: _____

이메일 주소: _____

학부모/보호자 2: _____

주소: _____

전화: 자택: _____ 직장: _____ 휴대폰: _____

이메일 주소: _____

학생 주치의/의료진: _____

주소: _____

전화: _____ 긴급 전화 번호: _____

이메일 주소: _____

기타 비상 연락처:

이름: _____ 관계: _____

전화: 자택: _____ 직장: _____ 휴대폰: _____

이름: _____ 생년월일: _____ 날짜: _____ 학년: _____ - _____

혈당 검사

혈당의 목표 범위: 식사 전 _____ - _____ mg/dL 기타 _____

- 혈당 확인: 아침 식사 전 아침 식사 후 시간
 점심 전 점심 시간 후 시간 교정 투여 후 시간
 체육 전 체육 후 하교 전 병의 징후/증상을 위해 필요한 경우
 고/저혈당의 징후/증상을 위해 필요한 경우 기타: _____

학생의 자기 관리 혈당 검사 기술:

- 스스로 혈당을 독립적으로 검사합니다.
- 감독하에 혈당 검사 가능합니다
- 혈당 검사를 위해 학교 간호사 또는 훈련된 당뇨병 인력이 필요합니다
- 스마트폰 또는 기타 모니터링 기술을 사용하여 혈당 값을 추적합니다

지속적인 포도당 모니터링(Continuous Glucose Monitoring, “CGM”) 예 아니요
 브랜드/모델: _____

알람 설정: 심각하게 낮은: _____ 낮은: _____ 높은: _____
 예측 정보: 낮은: _____ 높은: _____ 변화율: 낮은: _____ 높은: _____
 임계값 일시 중단 설정: _____

CGM 이용 학생에 대한 추가 정보

- 센서 혈당치에 대한 조치를 취하기 전에 혈당 측정기로 CGM 결과를 확인하십시오.
- 학생이 저혈당 증상이나 징후가 있는 경우 CGM에 관계 없이 손가락 끝의 혈당치를 확인하십시오.
- 인슐린 주사는 CGM 부착 부위로부터 최소한 3인치 이상 떨어진 데 투여해야 합니다.
- 스포츠 활동을 위해 CGM을 분리하지 마십시오.
- 접착제가 벗겨지면 학부모/보호자가 제공한 의료용 접착제나 테이프를 사용하여 접착제를 보강하십시오.
- CGM이 떨어지면 완전히 떼어서 모든 것을 학부모/보호자에게 가져다 주십시오. 아무것도 버리지 마십시오.
- 학생의 장치 사용 방법에 대한 제조업체의 지침을 참조하십시오.

학생의 자기 관리 CGM 기술	독립적?	
학생이 알람 및 오작동 문제를 해결할 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
학생은 높다는 알람에 대응할 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
학생은 낮다는 알람에 대응할 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
학생은 알람을 조정할 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
학생은 CGM을 측정할 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
학생은 CGM이 혈당치의 빠른 상승이나 하락세를 가리킬 때 대응할 수 있습니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
CGM 알람이 울리면 학생을 간호사에게 데리고 가야 합니다.	<input type="checkbox"/> 높은	<input type="checkbox"/> 낮은
학교 건강팀을 위한 기타 지침:		

이름: _____ 생년월일: _____ 날짜: _____ 학년: _____ - _____

저혈당증(저혈당)

저혈당증: 혈당 측정기로 확인한 _____ mg/dL 미만의 모든 혈당.

학생의 저혈당증 일반 증상(동그라미 체크):

배고픔	땀	몸이 떨림	창백해짐	현기증
혼란스러움	조정 능력의 상실	피로	짜증	울음
두통	집중력 부재	분노	기절	발작

경도 및 중등도 저혈당증:

학생은 저혈당 증상을 나타내며 혈당 수치가 _____ mg / dL 미만

- 포도당 정제, 주스, 포도당 젤, 구미(gummy), 스키틀(Skittle), 스타버스트(Starburst)와 같은 15그램의 효과가 빠른 탄수화물과 같은 효능을 가진 포도당 제품을 주십시오.
- 15분 안에 혈당을 재확인하십시오.
- 혈당 수치가 < _____ 하다면, 15그램의 효과가 빠른 탄수화물로 반복 치료하십시오.
- 추가 치료:

심한 저혈당증:

학생이 먹거나 마실 수 없는 경우, 의식이나 반응이 없는 경우 또는 발작이나 경련이 있는 경우(발작적 움직임)

- 질식 방지를 위해 학생을 옆으로 눕게 합니다
 - 포도당 투여

복용량	<input type="checkbox"/> 1 mg	<input type="checkbox"/> 0,5 mg	<input type="checkbox"/> 기타 _____
:	<input type="checkbox"/> 피하(Subcutaneous)	<input type="checkbox"/> 근육 내(Intramuscular, "IM")	
경로:	s, "SC")	<input type="checkbox"/> 허벅지	<input type="checkbox"/> 기타: _____
사이	<input type="checkbox"/> 엉덩이	<input type="checkbox"/> 팔	
트:			
 - 911에 전화 걸기 (응급 의료 서비스)
 - 그리고 학부모/보호자.
 - 그리고 의료진.
 - 인슐린 펌프가 부착된 경우, 다음 방법 중 하나로 인슐린 펌프를 중단하십시오:
 - 펌프를 "일시 중단" 또는 "정지 모드"에 놓습니다(제조업체 매뉴얼 참조)
 - 현장에서 연결을 끊으십시오
 - 관을 자르십시오
- 항상 병원에 EMS와 펌프를 보내십시오

이름: _____ 생년월일: _____ 날짜: _____ 학년: _____ - _____

고혈당증(고혈당)

고혈당증: 혈당 측정기로 확인한 _____ mg/dL보다 높은 모든 혈당.

학생의 고혈당증 일반 증상(동그라미 체크):

극심한 갈증	잦은 배뇨	흐릿한 시야	배고픔	두통
메스꺼움	과다활동	짜증	현기증	복통

인슐린 교정 복용량

혈당이 _____ mg/dL보다 높은 경우 및 마지막 인슐린 복용 후 _____ 시간 이상 지난 경우, 인슐린의 교정 복용량을

제공합니다(교정 복용 지침 5페이지 참조).

혈당이 _____ mg/dL보다 높은 경우 학부모/보호자에게 알립니다.

인슐린 펌프 사용자의 경우: "인슐린 펌프를 부착한 학생을 위한 추가 정보" 6페이지 참조.

케톤(Ketone)

혈당이 연속으로 두 번 _____ Mg/dl보다 높은 경우, 적어도 한 시간 떨어져 및/또는 학생 들이 메스꺼움, 구토 또는 복부 통증을 호소할 때 케톤을 확인하십시오.

케톤 관련 소변 또는 케톤 관련

혈액은 _____ 여러 온스의 물을 발생시킵니다.

화장실 무제한 사용을 허용합니다

소변 케톤이 없거나 작은 경우 또는 혈액 케톤이 < 0.6 mmol/L ~ 1.0 mmol/L인 경우:

1. 인슐린이 _____ 시간 이내로 투여되지 않았다면 학생의 교정 계수 및 목표 식전 혈당(5페이지 참조)에 따라 교정 인슐린을 제공합니다.
2. 학생을 교실로 돌려보냅니다.
3. 인슐린 투여 후 _____ 시간이 지나면 혈당과 케톤을 재측정 합니다.

소변 케톤 크기가 보통이거나 큰 경우 또는 혈액 케톤 수치가 >1.0 mmol/L인 경우:

1. 학생이 운동에 참여하는 것을 허락하지 마십시오.
2. 학부모/보호자에게 연락하십시오. 학부모/보호자와 연락이 되지 않는 경우에는 의료진에게 연락하십시오.
3. 인슐린이 _____ 시간 이내로 투여되지 않았다면 학생의 교정 계수 및 목표 식전 혈당(5페이지 참조)에 따라 학생의 교정 계수와 목표 혈당(5페이지 참조).
4. **인슐린 펌프를 부착한 경우:** "인슐린 펌프를 부착한 학생을 위한 추가 정보" 6페이지 참조.

고혈당증 비상 상황

높은 수치의 케톤이 다음 증상과 연관된 경우 911로 전화 하십시오

가슴 통증	메스꺼움과 구토	심한 복통
거친 호흡 또는 호흡 부족	졸음 증가 또는 무기력	자각을 하는 우울증 수준

이름: _____ 생년월일: _____ 날짜: _____ 학년: _____ - _____

인슐린 치료(계속)

고정 인슐린 치료 인슐린 이름: _____

- _____ 단위 매일 아침 식사 전 미리 주어지는 인슐린 _____ 단위 매일 점심 전 주어지는 인슐린
 _____ 단위 매일 간식 전 주어지는 인슐린 기타: _____

학부모/보호자의 인슐린 투여 용량 조절 허가		
교정 용량을 투여하기 전에 학부모/보호자의 허가를 받아야 합니다.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
학부모/보호자는 다음 범위 내에서 교정 용량을 증가 또는 감소시키도록 허가할 권한이 있습니다: +/- _____ 단위 인슐린.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
학부모/보호자는 인슐린 대 탄수화물 비율을 다음과 같이 늘리거나 줄일 수 있습니다: _____ 단위/매 _____ 그램 탄수화물 대 _____ 단위/매 _____ 그램 탄수화물	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
학부모/보호자는 다음 범위 내에서 고정 인슐린 투여량을 늘리거나 줄일 수 있습니다: +/- _____ 단위 인슐린.	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

학생의 자기 관리 인슐린 투여 기술

- 단독으로 계산/주사 투여합니다.
 감독하에 계산/주사 투여할 수 있습니다.
 용량을 계산하기 위해서는 학교 간호사 또는 훈련된 당뇨병 관련 인원이 필요하며 학생은 감독하에 스스로 주사를 투여할 수 있습니다.
 용량을 계산하고 주사를 투여하려면 학교 간호사 또는 훈련된 당뇨 관련 인원이 필요합니다.

인슐린 펌프를 부착한 학생을 위한 추가 정보

브랜드/펌프 모델: _____ 인슐린 유형: 학교 기간 동안
에피드라(Apidra); 노볼로그(Novolog); 또는 휴마로그(Humalog) 기저율: 시간: _____
_____ 기저율: _____ 시간: _____ 기저율: _____
_____ 시간: _____ 기저율: _____ 시간: _____ 기저율: _____

- 기타 펌프 지침: _____ 주입 세트/주입 사이트 유형: _____
 혈당치가 _____ mg/dL보다 높는데 교정 후 _____ 시간 이내로 감소하지 않는 경우 및/또는 학생이 보통이나 높은 수치에 케톤이 있는 경우, 학부모/보호자에게 알리십시오.
 주입 부위의 고장: 새로운 주입 세트 삽입 및/또는 저장고 교체, 또는 주사기나 펜으로 인슐린 투여합니다.
 펌프 고장이 의심되는 경우: 펌프를 일시 중지 또는 제거하고 주사기 또는 펜으로 인슐린을 투여하십시오.

인슐린 펌프를 이용한 신체 활동 조절

스포츠 활동을 위해 펌프와의 연결을 끊을 수 있습니다: <input type="checkbox"/> 예, _____ 시간 동안	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 학부모 당
임시 기저율을 설정합니다: <input type="checkbox"/> 예, _____ % 임시 기저율 _____ 시간 동안	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 학부모 당
펌프 사용 중단합니다: <input type="checkbox"/> 예, _____ 시간 동안	<input type="checkbox"/> 아니요	<input type="checkbox"/> 학부모 당

학생의 자기 관리 펌프 기술	독립적?	
탄수화물 계산합니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
섭취 탄수화물에 대한 정확한 인슐린 용량을 계산합니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
교정 볼투스를 투여합니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
기저 프로필을 계산하고 설정합니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
임시 기저율을 계산하고 설정합니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
배터리를 교체합니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
펌프 연결을 끊습니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
펌프를 주입 세트에 재연결합니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
저장고, 파드(pod) 및/또는 관을 준비합니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
주입 세트 삽입합니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
알람 및 오작동 문제 해결합니다	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

이름: _____ 생년월일: _____ 날짜: _____ 학년: _____ - _____

기타 당뇨병 치료제

이름: _____ 복용량: _____ 경로: _____ 투여 시간: _____ 이름: _____ 복용량: _____

식사 계획 해당 사항 없음

식사/간식	시각	탄수화물 함량(그램)
아침 식사		_____ 대 _____
오전 간식		_____ 대 _____
점심		_____ 대 _____
오후 간식		_____ 대 _____
간식 제공 기타 시간 및 함량/양:		
수업에 음식을 제공하는 경우에 대한 지침 (예: 클래스 파티 또는 음식 샘플링 이벤트의 일환으로):		

특별 이벤트/파티 음식 허용: 학부모/보호자의 재량 학생의 재량

학생의 자기 관리 영양 기술:

- 탄수화물을 독립적으로 계산합니다
- 감독하에 탄수화물을 계산할 수 있습니다
- 탄수화물을 계산하기 위해 학교 간호사/훈련된 당뇨병 관련 인력이 필요합니다

체육 활동 및 스포츠 - 빠른 효능이 있는 포도당원을 체육 활동 및 스포츠를 하는 장소에 준비해 놓아야 합니다. 예로는 포도당 정제, 설탕 함유 주스를 포함합니다. 학생은 다음과 같이 먹어야 합니다:

탄수화물 양	전	30분 마다	60분 마다	활동 후	부모 당
15그램	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30그램	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

가장 최근의 혈당이 _____ mg/dL 미만인 경우, 학생은 혈당이 정상 수치나 _____ mg/dL보다 높을 때 신체 활동에 참여할 수 있습니다.

혈당이 _____ mg/dL보다 높을 때 또는 소변 케톤 크기가 보통이거나 클 때/혈액 케톤이 > 1.0 mmol/L일 때 신체 활동을 삼갑니다.

("인슐린 펌프를 사용한 신체 활동 조정", 인슐린 펌프에 대한 학생들을 위한 추가 정보 6페이지 참조)

재난 계획 - 계획되지 않은 재난 또는 긴급 상황(72시간)을 준비하기 위함:

- 학부모/보호자로부터 응급 공급 키트를 받으십시오.
- 이 DMMP에 포함된 지침을 계속 따르십시오.
- 다음과 같은 추가 인슐린 명령(예: 저녁 식사 및 야간): _____
- 기타: _____

이름: _____ 생년월일: _____ 날짜: _____ 학년: _____ - _____

**버지니아 주 법률이 요구하는 바에 따라 학교 환경에서 약물 치료 및
 투여 권한 부여**

이 당뇨병 의료 관리 계획은 서명한 의료진으로부터 승인되었습니다.

이를 통해 학교는 약물 치료 및 투여에 관해 이 계획의 지시 및 버지니아 법률의 요구에 따라 추가적인 권한을 갖습니다.

제공자:

아래 본인의 서명은 여기에 포함된 버지니아 당뇨병 의료 관리 계획에 대한 권한을 부여합니다. 본인은 이 계획에 명시된 학교 정책, 주법 또는 응급 서비스에 의해 허용된 대로 학생, 학교 간호사, 면허가 없는 교육을 받은 지정 학교 직원에 의해 모든 치료 및 절차가 수행될 수 있음을 이해합니다. 본인은 학교 간호사와 교육을 받은 교직원이 의료진의 처방 지침에 따라 학생의 당뇨병 의료 관리 계획에 명시된 대로 학생에 대한 당뇨병 치료를 수행하고 이행하도록 허락합니다(버지니아 법 § 22.1-274).

학부모/보호자:

본인은 또한 이 당뇨병 의료 관리 계획에 포함된 정보를 학생에 대한 책임이 있고 학생의 건강과 안전을 유지하기 위해 이 정보를 알 필요가 있을 수 있는 모든 교직원 및 기타 성인에게 공개하는 데 동의합니다. 본인은 또한 학교 간호사나 또 다른 자격을 갖춘 건강 관리 전문가가 학생의 당뇨병 의료진에게 연락할 것을 허락합니다.

본인은 학교 버스, 학교 부지 및 학교 후원 활동 장소에서 탄수화물의 합리적이고 적절한 단기 공급, 인슐린 펌프, 저혈당 및 고혈당 즉각적인 치료에 필요한 장비 등 용품을 휴대하고 사용하며 혈당을 학생 스스로 측정하도록 허락합니다(버지니아 법 §22.1-274.01:1).

학생 본인의 인슐린 투여에 대한 학부모/보호자의 허락 예
 아니요 학생 본인의 혈당 측정에 대한 학부모/보호자의 허락 예 아니요

학부모/보호자 이름/서명:	날짜:
학교 담당자 이름/서명:	날짜:
학생 주치의/의료진 이름/서명:	날짜:

학교에 반입하는 추천 용품

<ul style="list-style-type: none"> • 혈당 측정기, 측정 스트립(strip), 란셋(lancet) 및 측정기 배터리 • 인슐린, 주사기 및/또는 인슐린 펜과 용품 • 실패 시 대비 인슐린 펌프 및 용품: 보관소, 세트, 준비용 티슈, 펌프 배터리/충전 	<ul style="list-style-type: none"> • 저혈당 치료(3페이지 참조) • 단백질 포함 간식: 그레놀라바 등 • 글루카곤 응급 키트 • 일회용 향균 티슈 또는 물티슈 • 물 • 소변 및/또는 혈액 케톤 검사 스트립 및 측정기 • 기타 의약품
---	--