

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(제조사 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 등이 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**

인슐린 전달 장치:  인슐린 펜  인슐린 주사기  인슐린 펌프 (6페이지 참조)

학교에서의 인슐린 치료 유형:  조절 가능한(기저-볼루스) 인슐린  고정 인슐린 치료  없음

조절 가능한(기저-볼루스) 인슐린 치료 인슐린 유형: 에피드라(Apidra), 노볼로그(Novolog), 또는 휴마로그(Humalog)

**탄수화물 커버리지/인슐린 대 탄수화물 비율:**

- 아침: \_\_\_\_\_ 단위 인슐린/\_\_\_\_\_ gm 탄수화물
- 점심: \_\_\_\_\_ 단위 인슐린/\_\_\_\_\_ gm 탄수화물
- 간식: \_\_\_\_\_ 단위 인슐린/\_\_\_\_\_ gm 탄수화물
- 저녁: \_\_\_\_\_ 단위 인슐린/\_\_\_\_\_ gm 탄수화물

탄수화물 용량 계산 예시
탄수화물 섭취 총그램 _____ = _____ 단위 인슐린 인슐린 대 탄수화물 비율

**교정 투여량:**

마지막 인슐린 투여 후 몇 시간이 지나 혈당이 \_\_\_\_\_ 보다 높은 경우 혈당 상승에 따라

인슐린 투여에 사용될 수 있습니다:

혈당 교정 계수(인슐린 민감성 계수) = \_\_\_\_\_ 목표 혈당 = \_\_\_\_\_ mg/dL

교정 투여 용량 계산 예시
현재 혈당 - 목표 혈당 _____ = _____ 단위 인슐린 교정 계수

**교정 용량** (인슐린 교정 용량을 결정하기 위해 상기 계산법 대신 사용하십시오):

마지막 인슐린 투여 후 몇 시간이 지나 혈당이 \_\_\_\_\_ 보다 높은 경우 혈당 상승에 따라

인슐린 투여에 사용될 수 있습니다: 혈당 \_\_\_\_\_ 대 \_\_\_\_\_ mg/dL, \_\_\_\_\_ 단위의 혈당 \_\_\_\_\_ 대 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ mg/dL 투여, \_\_\_\_\_ 단위의 혈당 \_\_\_\_\_ 대 \_\_\_\_\_ mg/dL 투여, \_\_\_\_\_ 단위의  
 혈당 \_\_\_\_\_ 대 \_\_\_\_\_ mg/dL 투여, \_\_\_\_\_ 단위

**투여 인슐린 투여 시:**

**아침 식사:**

탄수화물 커버리지로 한정

혈당이 \_\_\_\_\_ mg/dL보다 높고 마지막 인슐린 투여 후 \_\_\_\_\_ 시간이 지난 경우 탄수화물

커버리지 및 교정 용량.

기타: \_\_\_\_\_ 점심:

탄수화물 커버리지로 한정

혈당이 \_\_\_\_\_ mg/dL보다 높고 마지막 인슐린 투여 후 \_\_\_\_\_ 시간이 지난 경우 탄수화물

커버리지 및 교정 용량.

기타: \_\_\_\_\_ 간식:

간식에 대한 커버리지 없음

탄수화물 커버리지로 한정

혈당이 \_\_\_\_\_ mg/dL보다 높고 마지막 인슐린 투여 후 \_\_\_\_\_ 시간이 지난 경우 탄수화물

커버리지 및 교정 용량.

교정 용량만: 혈당이 \_\_\_\_\_ mg/dL보다 높은 경우이면서 마지막 인슐린 투여 후 \_\_\_\_\_ 시간이 지난 경우.

기타: \_\_\_\_\_

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 교정 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  
 애플드라(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"/>				
30그램	<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"> <li>• 혈당 측정기, 측정 스트립(strip), 란셋(lancet) 및 측정기 배터리</li> <li>• 인슐린, 주사기 및/또는 인슐린 펜과 용품</li> <li>• 실패 시 대비 인슐린 펌프 및 용품: 보관소, 세트, 준비용 티슈, 펌프 배터리/충전</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 저혈당 치료(3페이지 참조)</li> <li>• 단백질 포함 간식: 그레놀라바 등</li> <li>• 글루카곤 응급 키트</li> <li>• 일회용 향균 티슈 또는 물티슈</li> <li>• 물</li> <li>• 소변 및/또는 혈액 케톤 검사 스트립 및 측정기</li> <li>• 기타 의약품</li> </ul>
---	--