

نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ تاریخ: _____ تعلیمی سال: _____ -

ورجینیا ڈائیبیٹیز میڈیکل منیجمنٹ پلان (DMMP) نیشنل ڈائیبیٹیز ایجوکیشن پروگرام (DMMP) 2016 سے اخذ شدہ

طالب علم/طالبہ کے ذیابیطس سے متعلق صحت کی دیکھ بھال کرنے والی ذاتی ٹیم بشمول والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) کو منصوبے کو مکمل کرنا چاہیے۔ متعلقہ سکول سٹاف کو بھی اس کا جائزہ لینا چاہیے اور نقول ایسی جگہ رکھی جانی چاہیے جہاں سکول نرس، تربیت یافتہ ذیابیطس سے نمٹنے والے فرد اور دیگر باختیار فرد کی رسائی ممکن ہو۔

طالب علم/طالبہ کی معلومات

طالب علم/طالبہ کا نام: _____ تاریخ پیدائش: _____
جس تاریخ کو ذیابیطس کی تشخیص لگی گئی: ٹائپ 1 ٹائپ 2 دیگر: _____
سکول کا نام: _____ سکول فون نمبر: _____
گریڈ: _____ جماعت کا استاد/استانی: _____
سکول نرس: _____ فون: _____

رابطہ معلومات

والد یا والدہ/سرپرست 1: _____
پتہ: _____
ٹیلی فون: گھر: _____ کام کا نمبر: _____ سیل نمبر: _____
ای-میل ایڈریس: _____
والد یا والدہ/سرپرست 2: _____
پتہ: _____
ٹیلی فون: گھر: _____ کام کا نمبر: _____ سیل نمبر: _____
ای-میل ایڈریس: _____
طالب علم/طالبہ کا ڈاکٹر/صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا/والی: _____
پتہ: _____
ٹیلی فون: _____ ہنگامی صورتحال میں رابطے کا نمبر: _____
ای-میل ایڈریس: _____
ہنگامی حالت میں متبادل رابطے: _____
نام: _____ رشتے داری: _____
ٹیلی فون: گھر: _____ کام کا نمبر: _____ سیل نمبر: _____

نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ تاریخ: _____ تعلیمی سال: _____

بلڈ گلوکوز چیک کرنا

بلڈ گلوکوز کی مطلوبہ رینج: _____ کھانے سے پہلے _____ - _____ mg/dL دیگر _____

- بلڈ گلوکوز چیک کرنا:
- دوپہر کے کھانے سے پہلے
 - دوپہر کے کھانے کے بعد گھنٹے
 - PE سے پہلے
 - PE کے بعد
 - چھٹی سے پہلے
 - بیماری کے نشانات/علامات کی صورت میں
 - بوقت ضرورت زیادہ/کم بلڈ گلوکوز کے نشانات/علامات کی صورت میں بوقت ضرورت دیگر: _____

طالبعلم/طالبہ کی بلڈ گلوکوز خود چیک کرنے کی مہارتیں:

- آزادانہ طور پر اپنا بلڈ گلوکوز خود چیک کرتے ہیں
- نگرانی کے ساتھ بلڈ گلوکوز چیک کر سکتے ہیں
- بلڈ گلوکوز چیک کرنے کے لیے سکول نرس یا ذیابیطس کے لیے تربیت یافتہ فرد درکار ہے بلڈ
- گلوکوز کے نمبر پر نظر رکھنے کے لیے سمارٹ فون یا مانیٹرنگ کی دیگر ٹیکنالوجی استعمال کرتے ہیں

گلوکوز پر مسلسل نظر رکھنا (CGM) جی ہاں جی نہیں برانڈ/ماڈل: _____

الارم سیٹ کیا گیا: بہت کم: _____ کم: _____ زیادہ: _____

ممکنہ الارم: کم: _____ زیادہ: _____ تبدیلی کی شرح: کم: _____ زیادہ: _____

حد کی معطلی کی سیٹنگ: _____

طالبعلم/طالبہ کے لیے CGM کے ساتھ اضافی معلومات

- CGM نتائج کی بلڈ گلوکوز سے تسلی کریں کوئی قدم اٹھانے سے قبل بلڈ گلوکوز لیول کے سینسر کو چیک کریں۔
- اگر طالبعلم/طالبہ میں ہائیپوگلیسیمیا کے نشانات یا علامات نظر آئیں تو CGM سے بالاتر انگلی کے سرے پر بلڈ گلوکوز لیول چیک کریں۔ انسولین انجکشن کو CGM لگائے جانے والی جگہ سے کم از کم تین انچ دور لگانا چاہیے۔
- کھیلوں کی سرگرمیوں کے لیے CGM سے منقطع مت کریں۔
- اگر چپکنے والی پٹی اتر رہی ہے تو والد یا والدہ/سرپرست کی طرف سے فراہم کردہ طبی چپکنے والی پٹی یا ٹیپ سے اسے دوبارہ لگائیں۔
- اگر CGM ختم ہو گیا ہے تو اسے ہٹا دیں اور ہر چیز والد یا والدہ(والدین)/سرپرست(سرپرستان) کو واپس لوٹا دیں۔ کوئی چیز مت پھینکیں۔
- طالبعلم/طالبہ کی ڈیوائس کو استعمال کرنے کے طریقے کے لیے صنائع کی ہدایات سے رجوع کریں۔

خود مختار؟		طالبعلم/طالبہ کی خود خیال رکھنے والی مہارتیں
<input type="checkbox"/> جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی نہیں	طالبعلم/طالبہ الارم کی خرابی کو درست کرنے کے قابل ہے۔
<input type="checkbox"/> جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی نہیں	طالبعلم/طالبہ ہائی الارم پر جواب دینے کے قابل ہے۔
<input type="checkbox"/> جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی نہیں	طالبعلم/طالبہ لو الارم پر جواب دینے کے قابل ہے۔
<input type="checkbox"/> جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی نہیں	طالبعلم/طالبہ الارم کو سیٹ کرنے کے قابل ہے۔
<input type="checkbox"/> جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی نہیں	طالبعلم/طالبہ CGM کی پیمائش کے قابل ہے۔
<input type="checkbox"/> جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی نہیں	طالبعلم/طالبہ جواب دینے کے قابل ہے
<input type="checkbox"/> زیادہ	<input type="checkbox"/> کم	اگر CGM بلڈ گلوکوز لیول میں اچانک زیادتی یا کمی ظاہر کرتا ہے
<input type="checkbox"/> زیادہ	<input type="checkbox"/> کم	اگر CGM الارم کرتا ہے تو طالبعلم/طالبہ کو نرس کے پاس لے جانا چاہیے
سکول ہیلتھ ٹیم کے لیے دیگر ہدایات:		

نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ تاریخ: _____ تعلیمی سال: _____ -

ہائیو گلیسیمیا (بلڈ گلوکوز میں کمی)

ہائیو گلیسیمیا: اگر بلڈ گلوکوز _____ mg/dL سے کم ہے تو بلڈ گلوکوز میٹر سے ناپا جائے گا۔

طالب علم/طالبہ کے ہائیو گلیسیمیا کی معمول کی علامات (دائرہ بنائیے):

بھوک	پسینہ	کانپنا	پیلپن	چکرانا
پریشانی	ربط کھونا	تھکاوٹ	چڑچڑاپن	رونا
سر در	توجہ مرکوز کرنے میں لاجاری	غصہ	بے ہوش ہونا	مرگی کے دورے

ہلکے سے درمیانہ ہائیو گلیسیمیا:

طالب علم/طالبہ ہائیو گلیسیمیا کے علامات ظاہر کر رہا/رہی ہے اور بلڈ گلوکوز لیول _____ mg/dL سے کم ہے۔

1. فوری اثر کرنے والی گلوکوز والی شے دیں جو 15 گرام کاربوہائیڈریٹ کے برابر فوری عمل کرے جیسے: گلوکوز کی گولیاں، جوس، گلوکوس جیل، گمیز، سکیتل، سٹار بسٹ۔

2. 15 منٹ میں بلڈ گلوکوز دوبارہ چیک کریں۔

3. اگر بلڈ گلوکوز لیول \geq 15 گرام کے تیز عمل کرنے والے کاربوہائیڈریٹ کے علاج کو دہرائیں۔

4. اضافی علاج:

شدید ہائیو گلیسیمیا:

طالب علم/طالبہ کچھ کھانے یا پینے کے قابل نہیں، بے ہوش ہے یا جواب نہیں دے رہا/رہی، یا دورے پڑ رہے ہیں یا کپکپی طاری ہے (جھٹکے کے ساتھ حرکت)

1. پھندا لگنے سے بچنے کے لیے طالب علم/طالبہ کو ایک پہلو کی طرف رکھیں

2. گلوکاجن دیں	<input type="checkbox"/> خوراک:	1 mg کے نیچے	<input type="checkbox"/> 0.5 mg	دیگر _____
	طریقہ	(SC)	پٹھے کے اندر (IM)	
	کار:	پازو	پاؤ	دیگر _____:
	جگہ:			

3. 911 پر فون کریں (ہنگامی صورتحال میں طبی خدمات)

• اور طالب علم/طالبہ کے والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) کو

• اور صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والی کو

4. اگر انسولین پمپ پر ہے تو درج ذیل طریقوں میں سے کسی ایک کے ذریعے انسولین پمپ بند کریں:

• پمپ کو "سسپنڈ" یا "سٹاپ موڈ" پر رکھیں (صنائع کی ہدایات ملاحظہ کیجیے)

• سائٹ پر منقطع کر دیں

• ٹیوب کاٹیں

ہمیشہ EMS کے ساتھ پمپ ہسپتال بھیجیں

نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ تاریخ: _____ تعلیمی سال: _____ -

ہائپر گلیسیمیا (ہائی بلڈ گلوکوز)

ہائپر گلیسیمیا: اگر بلڈ گلوکوز _____ mg/dL سے زیادہ ہے تو بلڈ گلوکوز میٹر سے ناپا جائے گا۔

طالب علم/طالبہ کے ہائپر گلیسیمیا کی معمول کی علامات (دائرہ بنائیے):

بہت زیادہ پیاس	پیشاب کی زیادتی	نظر میں دھندلاہٹ	بھوک	سردرد
متلی ہونا	بہت زیادہ فعال	چڑچڑا	چکرانا	معدے میں درد

انسولین کی اصلاحی خوراک

_____ mg/dL سے زیادہ بلڈ گلوکوز کے لیے اور انسولین کی آخری خوراک سے کم از کم _____ گھنٹے بعد انسولین کی اصلاحی خوراک دیں (اصلاحی خوراک کے آڈر ملاحظہ کیجیے، صفحہ 5)۔

اگر بلڈ گلوکوز _____ mg/dL سے زیادہ ہے تو والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) کو مطلع کریں۔

انسولین پمپ استعمال کرنے والوں کے لیے: "انسولین پمپ استعمال کرنے والے طالب علم/طالبہ کی اضافی معلومات" ملاحظہ کیجیے صفحہ 6۔

کی ٹونز

اگر بلڈ گلوکوز _____ mg/dL سے زیادہ ہے، ایک قطار میں دو مرتبہ، کم از کم ایک گھنٹے کے وقفے سے اور/یا جب طالب علم/طالبہ متلی، قے یا پیٹ درد کی شکایت کرے، کیٹونز چیک کریں۔

کیٹونز کے لیے پیشاب یا کیٹونز کے لیے خون

اونس پانی دیں

بغیر روک ٹوک کے غسل خانے تک رسائی دیں

اگر پیشاب کے کیٹونز منفی سے کم کی طرف ہیں یا بلڈ کیٹونز $0.6 < \text{mmol/L} - 1.0 \text{ mmol/L}$:

- اگر _____ گھنٹوں کے اندر اندر انسولین نہیں دی گئی تو طالب علم/طالبہ کے اصلاحی عنصر اور مطلوبہ بلڈ گلوکوز کے اصلاح کے مطابق اصلاحی انسولین دیں (صفحہ 5 ملاحظہ کریں)۔
- طالب علم/طالبہ کو اس کے کمرہ جماعت واپس بھیجیں۔
- انسولین دینے کے بعد _____ گھنٹوں میں بلڈ گلوکوز اور کیٹونز دوبارہ چیک کریں۔

اگر پیشاب کے کیٹونز معتدل سے زیادہ کی طرف ہیں یا بلڈ کیٹونز $> 1.0 \text{ mmol/L}$:

- طالب علم/طالبہ کو ورزش کرنے میں شرکت کی اجازت مت دیں۔
- والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) کو فون کریں، اگر والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) سے رابطہ نہ ہو تو صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والی سے رابطہ کریں۔
- اگر _____ گھنٹوں کے اندر اندر انسولین نہیں دی گئی تو طالب علم/طالبہ کے اصلاحی عنصر اور مطلوبہ بلڈ گلوکوز کے اصلاح کے مطابق اصلاحی انسولین دیں (صفحہ 5 ملاحظہ کریں)۔
- اگر انسولین پمپ پر ہیں: "انسولین پمپ استعمال کرنے والے طالب علم/طالبہ کی اضافی معلومات" صفحہ 6۔

ہائپر گلیسیمیا کی ہنگامی صورتحال

جب بڑے کیٹونز درج ذیل علامات سے ساتھ ظاہر ہوں تو 911 کو فون کریں

سینے میں درد	متلی اور قے	پیٹ میں شدید درد
بھاری سانس لینا یا سانس لینے میں دقت	بہت زیادہ سونا یا غنودگی	درجہ نیچے گرنا ہوش کا

نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ تاریخ: _____ تعلیمی سال: _____ - _____

انسولین تھراپی
انسولین دینے کی ڈبوائس: انسولین پین انسولین سرنج انسولین پمپ (صفحہ 6 ملاحظہ کریں)
سکول میں انسولین تھراپی کی قسم: حسب ضرورت (باسل-بولس) انسولین فکسڈ انسولین تھراپی کوئی نہیں

حسب ضرورت (باسل-بولس) انسولین تھراپی

انسولین کی قسم: Apidra؛ Novolog؛ یا Humalog

کاربوہائیڈریٹ کوریج/ انسولین تا کاربوہائیڈریٹ کا تناسب:

ناشتہ: _____ انسولین کے _____ کاربوہائیڈریٹ کے _____ گرام
 دوپہر کا کھانا: _____ انسولین کے _____ کاربوہائیڈریٹ کے _____ گرام
 سنیک: _____ انسولین کے _____ کاربوہائیڈریٹ کے _____ گرام
 رات کا کھانا _____ انسولین کے _____ کاربوہائیڈریٹ کے _____ گرام

کاربوہائیڈریٹ کی خوراک کے اندازے کی مثال

کھائی جانے والی کاربوہائیڈریٹ کی گرام = انسولین کے یونٹ
انسولین تا کاربوہائیڈریٹ تناسب

اصلاحی خوراک:

اگر انسولین کی آخری خوراک کے _____ گھنٹے گزرنے کے بعد، بڑھی ہوئی بلڈ گلوکوز کے لیے انسولین دی جا سکتی ہے:
بلڈ گلوکوز کریکشن فیکٹر (انسولین سینسیٹو فیکٹر) = _____
مطلوبہ بلڈ گلوکوز = _____ mg/dL

تصحیحی خوراک کے اندازے کی مثال

موجودہ بلڈ گلوکوز مطلوبہ بلڈ یونٹ = _____ انسولین کے یونٹ
اصلاحی عناصر

اصلاحی خوراک کا سکیل (انسولین کوریکشن خوراک کا تعین کرنے کے لیے اوپر والے حساب کی بجائے استعمال کریں)
اگر انسولین کی آخری خوراک کے _____ گھنٹے گزرنے کے بعد، بڑھی ہوئی بلڈ گلوکوز کے لیے انسولین دی جا سکتی ہے: بلڈ گلوکوز
تا _____، یونٹس دیں بلڈ گلوکوز _____ تا _____، یونٹس دیں بلڈ گلوکوز _____ تا _____، یونٹس
دیں بلڈ گلوکوز _____ تا _____، یونٹس دیں انسولین کب دیں:
ناشتہ:

صرف کاربوہائیڈریٹ کے ساتھ
 کاربوہائیڈریٹ کوریج بمع کوریکشن خوراک جب بلڈ گلوکوز _____ mg/dL سے زیادہ ہے اور انسولین کی آخری خوراک کو _____ گھنٹے ہو
چکے ہیں۔
 دیگر: _____
دوپہر کا کھانا:

صرف کاربوہائیڈریٹ کے ساتھ
 کاربوہائیڈریٹ کوریج بمع کوریکشن خوراک جب بلڈ گلوکوز _____ mg/dL سے زیادہ ہے اور انسولین کی آخری خوراک کو _____ گھنٹے ہو
چکے ہیں۔
 دیگر: _____
سنیک:

سنیک کے لیے کچھ نہیں
 صرف کاربوہائیڈریٹ کے ساتھ
 کاربوہائیڈریٹ کوریج بمع کوریکشن خوراک جب بلڈ گلوکوز _____ mg/dL سے زیادہ ہے اور انسولین کی آخری خوراک کو _____ گھنٹے ہو
چکے ہیں۔
 صرف اصلاحی خوراک: _____ mg/dL سے زیادہ بلڈ گلوکوز کے لیے اور انسولین کی آخری خوراک کے کم از کم _____ گھنٹوں بعد۔
 دیگر: _____

نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ تاریخ: _____ تعلیمی سال: _____

انسولین تھراپی (جاری ہے)

فکسڈ انسولین تھراپی انسولین کا نام: _____

روزانہ ناشتے سے قبل دینے والے انسولین کے یونٹس
 روزانہ سنیچ سے قبل دینے والے انسولین کے یونٹس
 روزانہ دوپہر کے کھانے سے قبل دینے والے انسولین کے یونٹس
 دیگر: _____

انسولین خوراک میں تبدیلی کے لیے والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) کا اجازت نامہ		
<input type="checkbox"/> جی ہاں	<input type="checkbox"/> جی ہاں	والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) کا اجازت نامہ اصلاحی خوراک دینے سے قبل حاصل کرنا چاہیے۔
<input type="checkbox"/> جی نہیں	<input type="checkbox"/> جی ہاں	والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) کو درج ذیل رینج کے اندر اصلاحی خوراک میں کمی یا بیشی کرنے کا اختیار ہے: +/- انسولین کے یونٹس۔
<input type="checkbox"/> جی نہیں	<input type="checkbox"/> جی ہاں	والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) کو انسولین سے کاربوائیڈریٹ کے تناسب میں کمی یا بیشی کا اختیار ہے: _____ یونٹ (یونٹس) کاربوائیڈریٹ کے ہر _____ گرام کے لیے تا _____ یونٹ (یونٹس) کاربوائیڈریٹ کے ہر _____ گرام کے لیے
<input type="checkbox"/> جی نہیں	<input type="checkbox"/> جی ہاں	والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) کو درج ذیل رینج کے اندر فکسڈ انسولین خوراک کے تناسب میں کمی یا بیشی کا اختیار ہے: +/- انسولین کے یونٹس۔
طالب علم/طالبہ کی خود خیال رکھنے والی انسولین لگانے کی مہارتیں		
<input type="checkbox"/> خود حساب کر سکتے/خود انجکشن لگا سکتے ہیں۔ <input type="checkbox"/> نگرانی کے ساتھ خود حساب کر سکتے/خود انجکشن لگا سکتے ہیں۔ <input type="checkbox"/> خوراک کا حساب کرنے کے لیے ایک سکول نرس یا تربیت یافتہ ذیابیطس سے نمٹنے والا فرد درکار ہے اور نگرانی میں خود انجکشن لگا سکتا/سکتی ہے۔ <input type="checkbox"/> خوراک کا حساب کرنے اور انجکشن دینے کے لیے ایک سکول نرس یا ذیابیطس سے نمٹنے والا تربیت یافتہ		

انسولین پمپ والے طلباء کے لیے اضافی معلومات

انسولین کی قسم: سکول کے دوران Apidra; Novolog; یا Humalog Basal پمپ کا برانڈ/ماڈل: _____

تناسب وقت: _____ باسل تناسب: _____ وقت: _____ باسل تناسب: _____

پمپ کی دیگر ہدایات: _____ انفیوسن سیٹ/انفیوسن سائٹ کی قسم: _____

اگر بلڈ گلوکوز mg/dL سے زیادہ ہے جو کوریکشن کے بعد پچھلے _____ گھنٹوں میں کم نہیں ہوئی، اگر طالب علم/طالبہ کے معتدل تا زیادہ کیٹونز ہیں۔ والد والدہ (والدین)/سرپرست (سرپرستان) کو اطلاع

انفیوسن سائٹ کی ناکامی کی صورت میں: نیا انفیوسن سیٹ لگائیں اور/یا ریسروائر تبدیل کریں، یا انسولین سرنج یا پین کے ذریعے دیں۔

پمپ کی ممکنہ ناکامی کی صورت میں: پمپ کو معطل کریں یا ہٹا دیں اور سرنج یا پین کے ذریعے انسولین دیں۔

انسولین پمپ استعمال کرتے ہوئے جسمانی سرگرمی میں تبدیلی لائیں

<input type="checkbox"/> والد یا والدہ کے مطابق	<input type="checkbox"/> جی نہیں	کھیلوں کی سرگرمیوں کے لیے پمپ سے منقطع کیا جا سکتا ہے: <input type="checkbox"/> جی ہاں، _____ گھنٹے کے لیے <input type="checkbox"/> جی نہیں
<input type="checkbox"/> والد یا والدہ کے مطابق	<input type="checkbox"/> جی نہیں	عارضی باسل تناسب سیٹ کریں: <input type="checkbox"/> جی ہاں، _____ % عارضی باسل برائے _____ گھنٹے کے لیے <input type="checkbox"/> جی نہیں
<input type="checkbox"/> والد یا والدہ کے مطابق	<input type="checkbox"/> جی نہیں	پمپ استعمال کرنا بند کریں: <input type="checkbox"/> جی ہاں، _____ گھنٹوں کے لیے <input type="checkbox"/> جی نہیں

طالب علم/طالبہ کی پمپ کا خود خیال رکھنے کی مہارتیں	خود مختار؟
کاربوائیڈریٹ کا شمار	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
کاربوائیڈریٹ کے استعمال کے لیے انسولین کی درست شمار کی گئی مقدار	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
اصلاحی بولس لگانا	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
باسل پروفائل کا شمار کرنا اور سیٹ کرنا	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
باسل ریٹ کا شمار کرنا اور سیٹ کرنا	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
بیٹری تبدیل کریں	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
پمپ کو منقطع کریں	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
پمپ کو دوبارہ انفیوسن سیٹ جوڑنا	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
ریزروائر، پاڈ، اور/یا ٹیوبنگ کو مرمت کرنا	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
انفیوسن سیٹ لگانا	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں
الارم کی خرابی کو دور کرنا	<input type="checkbox"/> جی ہاں <input type="checkbox"/> جی نہیں

نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ تاریخ: _____ تعلیمی سال: _____ -

ذیابیطس کی دیگر ادویات

نام: _____ خوراک: _____ طریقہ کار: _____ دینے کا وقت: _____
نام: _____ خوراک: _____ طریقہ کار: _____ دینے کا وقت: _____
نام: _____ خوراک: _____ طریقہ کار: _____ دینے کا وقت: _____



کھانے کا منصوبہ قابل اطلاق نہیں

کھانا/سینک	وقت	کاربوہائیڈریٹ کا شمار (گرامز)
ناشتہ		_____ تا _____
صبح کے سینک تک		_____ تا _____
دوپہر کا کھانا		_____ تا _____
دوپہر کے سینک تک		_____ تا _____
سینک اور مواد/مقدار دینے کے دیگر اوقات:		
وہ ہدایات جو جماعت کو کھانا پیش کرنے وقت کی جاتی ہے (جیسے کلاس پارٹی یا خوراک کو چکھنے کی تقریب کا حصہ بننا):		

خصوصی تقریب/ پارٹی میں کھانا کھانے کی اجازت: والدین/سرپرست کی صوابدید طالب علم/طالبہ کی صوابدید

طالب علم/طالبہ کی پمپ کا خود غذائیت کا خیال رکھنے کی مہارتیں:

- خود مختاری سے کاربوہائیڈریٹ شمار کرتے ہیں
 نگرانی کے ساتھ کاربوہائیڈریٹ شمار کر سکتے ہیں
 کاربوہائیڈریٹ شمار کرنے کے لیے سکول نرس/ذیابیطس کے لیے تربیت یافتہ فرد درکار ہے

جسمانی سرگرمی اور کھیل - جسمانی تعلیم کی سرگرمیوں اور کھیلوں کی سائٹ پر فوری اثر کرنے والی گلوکوز کی اشیاء دستیاب ہونی چاہیے۔ مثالوں میں گلوکوز ٹیبس، چینی والے جوس شامل ہیں۔ طالب علم/طالبہ کو کھانا چاہیے:

کاربوہائیڈریٹ کی مقدار	پہلے	ہر 30 منٹ	ہر 60 منٹ	سرگرمی کے بعد	والد یا والدہ کے مطابق
15 گرام	<input type="checkbox"/>				
30 گرام	<input type="checkbox"/>				

اگر آخری بلڈ گلوکوز _____ mg/dL سے کم ہے، طالب علم/طالبہ جسمانی سرگرمی میں شرکت کر سکتا/سکتی ہے جب بلڈ گلوکوز درست ہو جائے اور _____ mg/dL سے بڑھ جائے۔

جسمانی سرگرمی سے اجتناب کریں اگر بلڈ گلوکوز _____ mg/dL سے زیادہ ہے یا اگر پیشاب کیٹونز معتدل تا زیادہ/بلڈ کیٹونز < 1.0 mmol/L ہیں۔

(انسولین پمپ پر طلباء کے لیے صفحہ 6 اضافی معلومات کے لیے "انسولین پمپ استعمال کرتے ہوئے جسمانی سرگرمی کے لیے تبدیلیاں")

- حادثے کی صورت میں منصوبہ - نا گہانی آفت یا ہنگامی صورتحال کے لیے تیاری (72 گھنٹے) والد والدہ(والدین)/سرپرست(سرپرستان) سے ہنگامی صورتحال میں استعمال ہونے والی کٹ حاصل کریں۔
 DMMP میں موجود احکامات پر عمل کرنا جاری رکھیں۔
 انسولین کے اضافی احکامات درج ذیل ہیں (جیسے رات کا کھانا اور رات کا وقت):
 دیگر: _____

نام: _____ تاریخ پیدائش: _____ تاریخ: _____ تعلیمی سال: _____

ورجینیا قانون کے تحت سکول سیٹنگ میں دوا دینے اور علاج کرنے کا اجازت نامہ

ذیابیطس کا یہ طبی منیجمنٹ منصوبہ صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا/والی کی طرف سے منظور شدہ ہے۔

مزید برآں یہ سکولوں کو دوا دینے اور علاج کرنے کا مختار بناتا ہے جیسا کہ اس منصوبے میں بیان کیا گیا ہے اور ورجینیا قانون کا تقاضا ہے۔

فراہم کرنے والے:

نیچے کیے گئے میرے دستخط یہاں بیان کردہ ورجینیا ڈائیبیٹیز میڈیکل منیجمنٹ پلان کے لیے اجازت نامہ فراہم کرتا ہے۔ میں سمجھتا/سمجھتی ہوں کہ سکول پالیسی، ریاستی قانون یا اس ہنگامی خدمات کی اجازت کے تحت تمام علاج اور طریقہ کار طالب علم/طالبہ، سکول نرس، غیر لائسنس یافتہ تربیت یافتہ نامزد کردہ سکول کا فرد ادا کر سکتا ہے جیسا کہ اس منصوبے میں بیان کیا گیا ہے۔ میں سکول نرس اور نامزد کردہ سکول سٹاف کو اجازت دیتا/دیتی ہوں جو طالب علم/طالبہ کے ذیابیطس کی صورت میں دیکھ بھال کے کام انجام دیتے ہیں جیسا کہ طالب علم/طالبہ کے ڈائیبیٹیز میڈیکل منیجمنٹ پلان میں صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا/والی کی تجویز کے مطابق لکھا گیا ہے (ورجینیا کوڈ § 22.1-274)۔

والد یا والدہ (والدین) / سرپرست (سرپرستان):

میں اس ڈائیبیٹیز میڈیکل منیجمنٹ پلان میں درج معلومات کو سکول کے ان تمام سٹاف اراکین اور دیگر بالغان سے ہاتھ کی اجازت دیتا/دیتی ہوں جو میرے طالب علم/طالبہ کی ذمہ داری لیتے ہیں اور جنہیں میرے طالب علم/طالبہ کی صحت اور حفاظت کو برقرار رکھنے کے لیے ان معلومات کی ضرورت پڑ سکتی ہے۔ میں سکول نرس یا دیگر باہل صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا/والی پیشہ ور کو میرے طالب علم/طالبہ کے ڈائیبیٹیز میڈیکل منیجمنٹ پلان سے رابطہ کرنے کی اجازت دیتا/دیتی ہوں۔

میں طالب علم/طالبہ کو اجازت دیتا/دیتی ہوں کہ وہ سکول بس، سکول املاک اور سکول کی پیش کردہ سرگرمیوں میں اپنے پاس درج ذیل لوازمات رکھ سکے، قلیل المدت کے لیے مناسب مقدار میں کاربوہائیڈریٹ، ایک انسولین پمپ اور لو بلڈ گلوکوز لیول کے علاج اور خود بلڈ گلوکوز لیول چیک کرنے کے لیے فوری طور پر استعمال ہونے والا سامان رکھ سکے (ورجینیا کوڈ § 22.1-274.01)۔

والد یا والدہ (والدین) / سرپرست (سرپرستان) طالب علم/طالبہ کو خود سے انسولین لگانے کی اجازت دیتے جی ہاں جی نہیں ہیں

والد یا والدہ (والدین) / سرپرست (سرپرستان) طالب علم/طالبہ کو خود سے بلڈ گلوکوز پر نظر رکھنے کی جی ہاں جی نہیں اجازت دیتے ہیں

تاریخ:	والد یا والدہ (والدین) / سرپرست (سرپرستان) کے نام/دستخط:
تاریخ:	سکول کے نمائندہ کا نام/دستخط:
تاریخ:	طالب علم/طالبہ کا ڈاکٹر/صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والا/والی کا نام/دستخط:

سکول میں لانے والے تجویز کردہ لوازمات

<ul style="list-style-type: none"> • بلڈ شوگر کم ہونے کی صورت میں علاج (صفحہ 3 ملاحظہ کیجیے) پروٹین والے سنیک: جیسے گرنولا بار • گلوکاجن ایمر جنسی کٹ اینٹی • سپیٹک وائپس یا ویٹ وائپس • پانی • پیشاب اور/یا بلڈ کیٹونز ٹیسٹ سٹریپس اور میٹر • دیگر ادویات 	<ul style="list-style-type: none"> • گلوکوز میٹر، ٹیسٹنگ سٹریپ، لینسٹ، اور میٹر کے لیے بیٹریاں • انسولین (انسولینز)، سرنج، اور/یا انسولین پین اور لوازمات • خراب ہونے کی صورت میں انسولین پمپ اور لوازمات: • ریزروائر، سیٹ، پریپ وائپس، پمپ بیٹری/چارجنگ
--	--