Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

Installation : _____

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

ÉVALUATION EN SOINS INFIRMIERS
DIABÈTE – MILIEU SCOLAIRE

École : _____

Consigne : *Se référer à la RSI-6017 Gestion du diabète en milieu scolaire*

ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE

Diagnostiqué depuis : _____ Diabète : ☐ Type 1 ☐ Type 2
aaaa/mm/jj

Fréquence du suivi : _____

Autres problèmes de santé : _____

Ressources professionnelles	Nom	Numéro de téléphone
Clinique de diabète (centre hospitalier)		
Infirmière de la clinique de diabète		
Médecin traitant		

GESTION DU DIABÈTE AU QUOTIDIEN

Glycémie :

Lecteur de glycémie en continu : ☐ Oui ☐ Non Type : _____

Surveillance à distance du parent : ☐ Oui ☐ Non

Prise de la glycémie : ☐ Autonome ☐ Sous supervision

Horaire de la prise : ☐ Avant collation ☐ AM ☐ PM
☐ Avant le dîner ☐ Avant le cours d'éducation physique
☐ Autres : _____

Insuline :

Type(s) d'insuline	Fréquence d'administration

Type d'injection et administration :

☐ Injections multiples ☐ Pompe

☐ Élève autonome ☐ Sous supervision
☐ Par l'enseignante ☐ Par l'éducatrice ☐ Autre : _____

Horaire d'administration en milieu scolaire :

☐ _____ ☐ _____ ☐ _____

Glucagon :

Prescription ☐ Oui ☐ Non

Glucagon disponible à l'école? ☐ Oui ☐ Non Baqsimi disponible à l'école? ☐ Oui ☐ Non

Date de la dernière utilisation (aaaa/mm/jj) : _____

Nom, Prénom : Dossier :

Alimentation :

Lieu et type de dîner :

☐ Apporte son lunch ☐ Cafétéria ou traiteur ☐ Service de garde ☐ À la maison

Horaire des repas :

Déjeuner à _____ Dîner à _____

Collation du matin à _____ Collation de l'après-midi à _____

Calcul des glucides : ☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.

☐ Seul ☐ Avec aide de : _____

Période d'éducation physique :

Glycémie à effectuer avant : ☐ Oui ☐ Non

Traiter si glycémie inférieure à _____ mmol

Glycémie à effectuer après : ☐ Oui ☐ Non

Traiter si glycémie inférieure à _____ mmol

Autres particularités : _____

ATTITUDE DE L'ÉLÈVE FACE À SA CONDITION

Particularités : (gestion du stress, socialisation avec les pairs, etc.)

CONNAISSANCE ET COMPRÉHENSION DE SA CONDITION

Est-ce que l'élève connaît les signes et symptômes d'hypoglycémie : ☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

Quels sont les signes et symptômes d'hypoglycémie de l'élève ?

Précisez : _____

Est-ce que l'élève connaît les signes et symptômes d'hyperglycémie? ☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

Quels sont les signes et symptômes d'hyperglycémie de l'élève ?

Précisez : _____

Est-ce que l'élève porte un bracelet de type MedicAlert? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce que les parents sont impliqués dans la gestion du diabète à l'école? ☐ Oui ☐ Non

Précisez : _____

Le parent désire que l'école communique avec lui par téléphone :

☐ En présence d'hypoglycémies récurrentes, soit après _____ épisodes d'hypoglycémie dans la même journée.

☐ En présence d'hyperglycémie, lorsque la glycémie capillaire est supérieure à _____ mmol.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Signature de l'infirmière : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

Nom, Prénom : Dossier :

MISE À JOUR ANNUELLE

Signature de l'infirmière : Date (aaaa/mm/jj) :

MISE À JOUR ANNUELLE

Signature de l'infirmière : Date (aaaa/mm/jj) :

MISE À JOUR ANNUELLE

Signature de l'infirmière : Date (aaaa/mm/jj) :

MISE À JOUR ANNUELLE

Signature de l'infirmière : Date (aaaa/mm/jj) :

MISE À JOUR ANNUELLE

Signature de l'infirmière : Date (aaaa/mm/jj) :

MISE À JOUR ANNUELLE

Signature de l'infirmière : Date (aaaa/mm/jj) :