

## DATOS PERSONALES

|                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| NOMBRE COMPLETO:             |                            |
| FECHA DE NACIMIENTO:         | NÚMERO DE CARTILLA DE S.S: |
| HOSPITAL DONDE LE CONTROLAN: | MÉDICO/A:                  |

## DATOS GENERALES DE SALUD

|  |  |
|--|--|
| ALERGIAS A MEDICAMENTOS:   |  |
| ALERGIAS ALIMENTARIAS:   |  |
| INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS:  |  |
| ¿VACUNACIÓN COMPLETA? (SI/NO):   |  |
| OTRAS ENFERMEDADES:  |  |
| ¿REALIZA ALGÚN EJERCICIO FÍSICO/DEPORTE EXTRAESCOLAR? ¿CUÁL? ¿CUÁNTAS HORAS SEMANALES? |  |

## DATOS DE DIABETES

|  |  |
|--|--|
| FECHA DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES:  |  |
| PORTADOR DE BOMBA (SÍ/NO):   | MÚLTIPLES DOSIS (SÍ/NO):                 |
| SABE INYECTARSE LA INSULINA? (SI/NO):  | ¿SABE CONTAR RACIONES? (SÍ/NO):          |
| LUGARES DE INYECCIÓN DE INSULINA:  |  |
| MODELO DE BOMBA:   | INCIDENCIAS CON CATÉTERES:               |
| PAUTA BASAL DE INSULINA (BOMBAS):  |  |
| Hora: 0h <span style="float: right;">24h</span>  |  |
| ←-----→  |  |
| Unidades/h:  |  |
| ¿HA TENIDO <b>HIPOGLUCEMIAS</b> GRAVES EN EL ÚLTIMO AÑO?   | ¿HA PRECISADO GLUCAGÓN EN EL ÚLTIMO AÑO? |
| ¿CUÁNTOS EPISODIOS DE HIPOGLUCEMIAS PRESENTA A LA SEMANA?  |  |
| ¿EL NIÑO@ RECONOCE SUS SÍNTOMAS DE HIPOGLUCEMIA?   |  |
| ¿CÓMO MANIFIESTA LA HIPOGLUCEMIA?  |  |
| ¿QUÉ ALIMENTOS O APORTES REALIZAIIS EN CASO DE HIPOGLUCEMIA?<br>¿MEJORAN LOS SÍNTOMAS RÁPIDAMENTE? |  |
| ¿HA TENIDO <b>CETOACIDOSIS</b> CON INGRESO HOSPITAL EN EL ÚLTIMO AÑO?                              | ¿QUÉ MOTIVO CAUSÓ LA DESCOMPENSACIÓN?    |
| ¿CÓMO SUELE MANIFESTAR LA HIPERGLUCEMIA?   |  |
| ÚLTIMO VALOR DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA (CON FECHA):   |  |

**CALCULADOR DE BOLO (Expert Accucheck):**                      **SI**                      **NO**

**SENSOR DE MEDICIÓN CONTINUA DE GLUCEMIA:**   **SI**                      **NO**

Free style libre de Abbot

Dexcom

Medtronic Enlite

## **RACIONES Y PAUTA DE INSULINA**

|                           | DESAYUNO | ALMUERZO | COMIDA | MERIENDA | CENA |
|---------------------------|----------|----------|--------|----------|------|
| RACIONES                  |          |          |        |          |      |
| UNIDADES I. RÁPIDA/RATIOS |          |          |        |          |      |
| UNIDADES I. BASAL         |          |          |        |          |      |

**INDICE DE SENSIBILIDAD:** Día      Noche:

## **PLANTILLA A RELLENAR POR EL PERSONAL SANITARIO DURANTE EL CAMPAMENTO**

| DÍA   | PAUTA + CORRECCIONES | HIPOGLUCEMIAS | OBSERVACIONES |
|-------|----------------------|---------------|---------------|
| 30/06 |                      |               |               |
| 01/07 |                      |               |               |
| 02/07 |                      |               |               |
| 03/07 |                      |               |               |
| 04/07 |                      |               |               |
| 05/07 |                      |               |               |
| 06/07 |                      |               |               |
| 07/07 |                      |               |               |
| 08/07 |                      |               |               |
| 09/07 |                      |               |               |

## **RECORDAD QUE CADA NIÑO DEBE TRAER (ASEGURAOS DE QUE TRAIGA TODO):**

- Glucómetro (con pila de repuesto), tiras reactivas suficientes, lancetas y pinchador.
- Insulinas y agujas de insulina.
- Cuaderno de autocontrol y bolígrafo.
- Tarjeta sanitaria.
- Fotocopia de la Cartilla de Vacunaciones.
- Medicamentos habituales (si es que precisa alguno).

Si tenéis alguna duda o comentario que hacemos podéis escribir a [sconde@salud.aragon.es](mailto:sconde@salud.aragon.es)