

Nom del nen/a	Cognoms del nen/a

- ✓ A complimentar pel metge especialista.
- ✓ A baix cal fer-hi constar el nom i el número de col·legiat, la firma i el segell.
- ✓ Sense aquests requisits NO serà admesa la inscripció.
- ✓ **Escriviu les dades amb lletres MAJÚSCULES o a màquina.**
- ✓ **És important omplir la pauta i dosi que porta just abans de les colònies.**
- ✓ **Cal omplir totes les dades.**

TRACTAMENT INSULÍNIC:

Multibolus amb plomes d'insulina? o SÍ o NO

Utilitza infussor d'insulina? o SÍ o NO

Model? _____

Utilitza sensor continuo? o SÍ o NO

Model? _____

ATENCIÓ: Si porta infussor d'insulina, indicar el **model** de l'infussor i adjuntar full amb la **programació** del perfussor.

	HORARI	TIPUS INSULINA	MARCA	DOSI HABITUAL		RACIONS D'HIDRATS
				MÍNIMA	MÀXIMA	
ESMORZAR						
MIG MATÍ						
DINAR						
BERENAR						
SOPAR						
RESOPÓ						

Última hemoglobina glicosilada (HbA1c): _____ Data de l'HbA1c __/__/__

Nota les hipoglicèmies? o SÍ o NO

OBSERVACIONS:

Nom del nen/a	Cognoms del nen/a

Té algun altre patologia o complicació mèdica? o SÍ o NO

Quin? _____

Té algun problema psicològic (hiperactivitat, anorèxia, problemes conductuals o de relació)? o SÍ o NO

Quin? _____

Pren algun medicament? o SÍ o NO

Quin? _____

Especifiqueu dosi i horari:

Té al·lèrgia a algun aliment, medicament o producte? o SÍ o NO

Quin? _____

RÈGIM DIETÈTIC: Número Kilocalories _____

a) Altres restriccions dietètiques (intoleràncies,.....)

OBSERVACIONS.

Nom i cognoms del Col·legiat	Número de Col·legiat	Data de l'informe

Segell i signatura: