



Informe mèdic

Nom del nen/a	Cognoms del nen/a

- ✓ A complimentar pel metge especialista.
- ✓ 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, si no l'informe **NO SERÀ VÀLID**.

TRACTAMENT INSULÍNIC

ATENCIÓ: Si porta infussor d'insulina (bomba), indicar-ne el **model** i adjuntar full amb la **programació**.

	HORARI	TIPUS INSULINA	DOSI HABITUAL	CORRECCIONS	RACIONS D'HIDRATS
ESMORZAR					
MIG MATÍ					
DINAR					
BERENAR					
SOPAR					
RESSOPÓ					

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

Nota les hipoglicèmies? SÍ NO

OBSERVACIONS:



Informe mèdic

Nom del nen/a	Cognoms del nen/a

Té algun altre patologia o complicació mèdica? SÍ NO

Quin? _____

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

Quin? _____

Pren algun medicament? SÍ NO

Quin? _____

Especifiqueu dosi i horari:

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

Quin? _____

Li han posat la vacuna contra el tètanus? SÍ NO

Li han posat contra l'hepatitis B? SÍ NO

RÈGIM DIETÈTIC: Número Kilocalories o racions de cada àpat _____

a) Altres restriccions dietètiques (intoleràncies, al·lèrgies, celiaquia, dieta vegetariana,...)

OBSERVACIONS.

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

Segell i signatura: