



## Colònies / Campaments de l'ADC Informe mèdic

Nom de l'infant/ jove	Cognoms de l'infant/ jove

- ✓ A complimentar pel metge especialista.
- ✓ Cal fer constar el nom i el número de col·legiat, la firma i el segell.
- ✓ Sense aquests requisits NO serà admesa la inscripció.
- ✓ **Es prega escriure 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 infusor d'insulina (bomba), cal indicar el **model** i adjuntar full amb la **programació**.

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

Última hemoglobina glicosilada (HbA1c): \_\_\_\_\_ Data de l'HbA1c \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nota les hipoglucèmies? Sí  No  De vegades  A les nits no les nota

Factor de sensibilitat a la insulina (FSI): \_\_\_\_\_ Pes (kg): \_\_\_\_\_

Pateix alguna complicació derivada de la diabetis? Quina?

---

---



<b>Nom de l'infant/ jove</b>	<b>Cognoms de l'infant/ jove</b>

Té alguna altra patologia o complicació mèdica?  SÍ  NO

Quina? \_\_\_\_\_

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 la vacuna 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.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<b>Nom i cognoms del Col·legiat</b>	<b>Número de Col·legiat</b>	<b>Data de l'informe</b>

Segell i signatura: