

## PLANO DE MANEJO DO DIABETES NA ESCOLA (PMDE)

Este plano deve ser preenchido pelos profissionais da saúde responsáveis pelo tratamento do aluno com diabetes juntamente com os pais ou responsáveis. O plano deve ser lido e discutido com os funcionários da escola e deve-se guardar cópia dele em lugar de fácil acesso para os profissionais que foram treinados para lidar com problemas decorrentes do diabetes.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Plano válido para o ano escolar de: \_\_\_\_\_

Nome do aluno: \_\_\_\_\_ Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Diagnóstico do Diabetes: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Tipo 1  Tipo 2  Outro: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_ Nome do Professor: \_\_\_\_\_

Enfermeira da Escola: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES DO CONTATO RESPONSÁVEL

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: Residencial \_\_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: Residencial \_\_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nome do Médico: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: Consultório \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Outro contato de emergência:

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Residencial \_\_\_\_\_ Trabalho \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES DO TRATAMENTO

### MONITORIZAÇÃO GLICÊMICA

Meta de glicemia:  100 a 180 mg/dL  Outra: \_\_\_\_\_

Medir a glicemia na escola:  Antes do almoço  Antes do lanche do recreio  
 2 horas após dose de correção de insulina  
 Antes da educação física  Ao fim das aulas  
 Outra: \_\_\_\_\_  
 Se necessário devido a sinais/sintomas de hipoglicemia  
 Se necessário devido a sinais/sintomas de quaisquer doenças

Local preferencial para teste:  Ponta do dedo

Modelo do Glicosímetro: \_\_\_\_\_

### Capacidade de monitoramento da glicemia:

- O aluno consegue medir a glicemia sozinho;
- O aluno pode precisar de ajuda para medir a glicemia;
- Há necessidade de um profissional treinado para medir a glicemia do aluno.

### TRATAMENTO DA HIPOGLICEMIA

Sintomas habituais de hipoglicemia do aluno:  Sudorese  Tremores  Taquicardia  
 Confusão mental  Agressividade  Sonolência  Fome  
 Formigamento  Dor de cabeça  Visão embaçada

- Se o aluno apresentar sintomas de hipoglicemia ou se o nível de glicose no sangue for inferior a \_\_\_\_\_mg/dL, dar algum alimento que contenha 15 gramas de carboidrato de rápida absorção (conferir exemplos no Quadro 1).
- Medir novamente o nível de glicemia do aluno após 10 a 15 minutos e repetir o tratamento anterior se o nível de glicose ainda for inferior a \_\_\_\_\_mg/dL.
- **Tratamento adicional:** Se o aluno não conseguir comer ou beber, estiver inconsciente ou não conseguir falar ou estiver fazendo movimentos involuntários ou tendo convulsão:
  - Ligar para 192 (SAMU) e para os pais ou responsáveis.
  - Esfregar mel ou açúcar na bochecha do aluno enquanto se aguarda o serviço de urgência.

### Quadro 1: Equivalentes de 15 gramas de Carboidrato

- 1 copo de água com 1 colher de sopa de açúcar
- 15 g de glicose em gel (Glinstan®)
- 1 copo de suco de laranja ou melancia ou 01 fatia grande de melancia
- 1 copo de refrigerante normal (não diet) – 150 ml
- 150 ml de suco artificial com açúcar (ex: Tang)
- 1 colher de sopa de mel
- 3 balas moles
- 1 unidade de bananinha comum
- 1 bombom Sonho de Valsa ou Serenata do Amor

## TRATAMENTO DA HIPERGLICEMIA

Sintomas comuns que o aluno apresenta quando tem hiperglicemia:  Nenhum

Prostração  Sede excessiva  Aumento da frequência de diurese (urina)

- Para glicemia maior que \_\_\_\_\_ mg/dL e pelo menos \_\_\_\_\_ hora(s) após a última aplicação de insulina, aplicar dose corretiva de insulina;
- Dar água na quantidade de \_\_\_\_\_ ml por hora.
- Se o aluno tiver sintomas de uma emergência hiperglicêmica, incluindo boca seca, sede excessiva, náuseas e vômitos, dor abdominal grave, respiração pesada ou falta de ar, dor no peito, aumento da sonolência, letargia ou depressão do nível de consciência → Ligar para 192 (SAMU) e para os pais ou responsáveis.

## TERAPIA COM INSULINA

Dispositivo aplicador de insulina:  Seringa  Caneta de insulina  Bomba de insulina

O aluno não usa insulina

### Autorização dos Pais/Responsáveis para administração de insulina na escola:

Sim  Não Autorização dos pais/responsáveis deve ser obtida antes da administração de uma dose de insulina de correção.

- Sim       Não      Autorização dos pais/responsáveis deve ser obtida antes da administração de uma dose de insulina para cobertura de refeições.
- Sim       Não      Pais/responsáveis estão autorizados a aumentar ou reduzir a dose de insulina por telefone.

### Terapia Insulínica:

- Nome da(s) insulina(s): \_\_\_\_\_
- Quando aplicar insulina na escola:
  - Aplicar insulina apenas para correção das hiperglicemias  
Para glicemia maior que \_\_\_\_\_ mg/dL **E** pelo menos \_\_\_\_\_ horas desde a última administração de insulina.
  - Outra: \_\_\_\_\_
- Esquema de correção → para correção das hiperglicemias acima de \_\_\_\_\_ mg/dl usando a insulina \_\_\_\_\_
  - Glicemia abaixo de \_\_\_\_\_ mg/dl                      → não aplicar insulina para correção
  - Glicemia entre \_\_\_\_\_ mg/dl e \_\_\_\_\_ mg/dl → aplicar \_\_\_\_\_ UI
  - Glicemia entre \_\_\_\_\_ mg/dl e \_\_\_\_\_ mg/dl → aplicar \_\_\_\_\_ UI
  - Glicemia entre \_\_\_\_\_ mg/dl e \_\_\_\_\_ mg/dl → aplicar \_\_\_\_\_ UI
  - Glicemia entre \_\_\_\_\_ mg/dl e \_\_\_\_\_ mg/dl → aplicar \_\_\_\_\_ UI
  - Glicemia acima de \_\_\_\_\_ mg/dl                      → aplicar \_\_\_\_\_ UI

### Habilidade do aluno para aplicar a insulina em si mesmo:

- Sim       Não      O aluno não precisa de ajuda e/ou supervisão para calcular as doses de insulina e consegue fazer a aplicação sozinho;
- Sim       Não      É permitido ao aluno que calcule as doses de insulina e faça sua aplicação desde que com supervisão;
- Sim       Não      É obrigatória a participação de um profissional treinado para calcular as doses de insulina e aplicá-la no aluno.

## PLANO ALIMENTAR

Instruções para quando refeições forem realizadas em sala de aula (por exemplo, como em festas ou atividades educacionais): \_\_\_\_\_

---

Refeições especiais permitidas:  A critério dos pais/responsáveis  A critério do aluno

### Habilidades do aluno para alimentação:

- Sim  Não O aluno não deve fazer a contagem de carboidratos;
- Sim  Não Independente para contar carboidratos;
- Sim  Não Pode contar carboidratos sob supervisão;
- Sim  Não Requer enfermeira ou indivíduo treinado para contar carboidratos.

## ATIVIDADES FÍSICAS E ESPORTES

Uma fonte de carboidratos de rápida absorção contendo açúcar deve estar disponível no local das atividades de educação física (conferir exemplos no Quadro 1).

O aluno deve comer  15 gramas  30 gramas de carboidrato  Outro \_\_\_\_\_

antes  a cada 30 minutos durante  após atividade física

Outra \_\_\_\_\_

– Se na última medição a glicemia estiver menor que \_\_\_\_\_ mg/dL, o aluno somente poderá participar da atividade física quando a glicemia for corrigida com um alimento equivalente a \_\_\_\_\_ gramas de carboidrato e a glicemia estiver acima de \_\_\_\_\_ mg/dL.

– O aluno deve evitar atividades físicas quando a glicemia estiver acima de \_\_\_\_\_ mg/dL.

## ASSINATURAS

Este PLANO DE MANEJO DO DIABETES NA ESCOLA foi aprovado por:

Médico do aluno: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Carimbo: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ (pais/responsável) autorizo a enfermeira ou outro profissional de saúde qualificado ou pessoal treinado em Diabetes da escola \_\_\_\_\_ a executar e realizar as tarefas de cuidado e tratamento do diabetes do(a) aluno(a) \_\_\_\_\_ conforme descrito neste PLANO DE MANEJO DO DIABETES NA ESCOLA . Eu também concordo com a liberação das informações contidas neste PLANO DE MANEJO DO DIABETES NA ESCOLA para todos os membros da equipe da escola ou outros adultos que tenham responsabilidade para com o meu filho e que possam precisar saber essas informações para manter a saúde e segurança do mesmo. Eu também permito que a enfermeira da escola ou outro profissional treinado entre em contato comigo ou com o médico do meu filho para dúvidas e esclarecimentos.

Pais/Responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pais/Responsável: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Equipe da Escola - Reconhecido e recebido por:

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

Outro: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_