

Datum: _____

Patient ID: _____

Inför ditt besök på barndiabetesmottagningen

Barn fr 12 år svarar själva, yngre barn svarar med hjälp av förälder

Fylls i hemma	Inför besöket		
	Vad vill du ta upp på dagens besök?		
	Hur mår du just nu? (Markera med kryss på linjen)		
	Väldigt dåligt	_____	Väldigt bra
	Hur nöjd är du med ditt blodsocker? (Markera med kryss på linjen)		
Väldigt missnöjd	_____	Väldigt nöjd	
Röker du? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		Snusar du? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Hur många av veckans dagar rör du dig 60 min eller mer?			
0 dgr <input type="checkbox"/> 1 dgr <input type="checkbox"/> 2 dgr <input type="checkbox"/> 3 dgr <input type="checkbox"/> 4 dgr <input type="checkbox"/> 5 dgr <input type="checkbox"/> 6 dgr <input type="checkbox"/> 7 dgr <input type="checkbox"/>			
Fylls i på mottagningen	Mätvärden och glukosdata		
	Längd:	Vikt:	HbA1c:
	Medelglukos:	SD*:	TIT**:
	Andel <4 mmol/L %:	Blodtryck: /	mm/Hg
	Insulinbehandling		
	Penna	Långverkande:	Antal E (långverkande):
		Total daglig dos (TDD):	
		Kolhydratkvoter:	Korrektionskvoter:
Pump	Total daglig dos (TDD):	Antal E basal per dygn:	
	Reservdos med penna:		
Fylls i under besöket	Kom ihåg från besöket		
	Ändringar insulindoser:		
	Mål till nästa besök:		
Planering:			
Nästa besök Årsprover <input type="checkbox"/> Ögonbottenundersökning <input type="checkbox"/> Dietist <input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/>			

* Standarddeviation (Svängningar utifrån medelvärdet)

**Time in Target (tid i målområde 4-8 mmol/L)

Mål och riktlinjer för insulinbehandling och blodsockermål

Medelglukos: $\leq 8,0$ mmol/l
SD (svängningar): $< 3,5$
HbA1c: 48 mmol/mol

Tid i målområde (TIT): 50 %
Andel < 4 mmol/L %: < 10 %

- Ge korrigeringsdos om blodsockret är över 8 mmol/l (10 mmol/L före läggdags)
Korrigera ALDRIG tätare än varannan timme.
- Ge druvsocker (3 g/10 kg kroppsvikt) om blodsockret är under 4 mmol/l.
- Beräkna insulindosen utifrån aktuellt blodsocker och planerat kolhydratintag. Om måltiden innehåller mycket fett/protein behöver insulindosen ofta ökas med ca 20 %.
Väg in andra faktorer såsom fysisk aktivitet och minska ev. dosen.

Har du koll på dina hjälpmedel och recept?

För förnyelse av recept kontakta mottagningen via 1177 "Mottagning Barn Endokrinologi"

- **Apoteket** (insulin, blodprovstagare och insulinpennor. Poddar, infusionsset och reservoar till pump)
Recepten är giltiga 1 år och är uppdelade på fyra uttag. Ni beställer själva uttag via vårdguidens e-tjänster "mina vårdkontakter" på www.1177.se

Tips! Be apoteket skriva ut en lista på vad som finns kvar att hämta ut för att du lättare ska komma ihåg.

- **Förbrukningshjälpmedel i Hemmet (FHH)** (kanyler, lancetter, blodsocker- och ketonstickor)
Recepten är giltiga 1 år och är uppdelade på fyra uttag. Ni beställer själva uttag via vårdguidens e-tjänster "mina vårdkontakter" på www.1177.se eller fhh.sllso@sll.se eller telefon 08-123 366 50. Du kan även fylla i beställningstalong från Förbrukningshjälpmedel i Hemmet och sedan posta den (medföljer i försändelsen).
- **Medicinsk Apparatur i hemmet (MAH)** (hjälpmedel för kontinuerlig blodsockermätning).
Recepten är giltiga 1 år och är uppdelade på fyra uttag. Uttagen görs genom att kontakta MAH på telefonnummer: 08-123 675 00 alternativt via formulär på hemsida: www.mah.sll.se. Välj flik: "Beställningsformulär diabeteshjälpmedel".

Tips! Ha som regel att göra en ny beställning från MAH när ni endast har en sensor kvar.