**Ek 2- Okulda/Kurumdaİnsülin ve Glukagon Uygulaması İçin Aile Onam Belgesi**

**Okulda/Kurumda İnsülin ve Glukagon Uygulaması İçin Aile Onam Belgesi**

**(................................Okulu/Kurumu Müdürlüğüne)**

Çocuğum…………………………………............... Tip 1 diyabet tanısı ile izlenmekte ve okul/kurumunuz …………sınıfı …………no’su ile eğitim görmektedir. Yukarıda belirtilen tedavi önerilerinin ailemizle ve gerektiğinde çocuğumuzu izleyen diyabet ekibi ile işbirliği yapılarak okul personeli tarafından uygulanmasını onaylıyorum. Ayrıca okul hemşiresinin ve öğretmenimizin çocuğumuza insülin yapmasına izin veriyor ve tüm sorumluluğu alıyorum.

Tip 1 diyabetli çocuklarda kan şekeri düşüklüğü görülmekte ve çoğu zaman çocuğumuz bu durumu kendisi yönetebilmektedir. Nadiren ise kan şekeri düşüklüğü şiddetli olabilir ve bu durumda çocuğumda bilinç kaybı, söylenenleri anlamama, boş boş bakma ve baygınlık gibi bulgular görülebilir. Çocuğumda aniden gelişen bilinç kaybı durumlarında okul hemşiresi veya bir öğretmenin GLUCAGEN HYPOKİT isimli turuncu kapaklı iğneyi , bacak veya kalçadan kas içine ve kıyafet üzerinden yapmasına izin veriyor ve tüm sorumluluğu üzerimize alıyoruz.

 Tarih...............................

 İmza

 Veli Adı Soyadı

TC Kimlik No:

 Adres:

 Tel: