

당뇨 섹션 504 조정 계획

학년도: _____ 504 팀 회의 일자: _____

학교 DBN 및 학교명: _____

학생 및 가족 정보

학생 성명: _____ 장애/진단: _____

종류 _____ 당뇨

OSIS #: _____ 생년월일: _____

학급 교사: _____ 학년: _____

보조교사 성명(해당되는 경우): _____

학부모/보호자가 선호하는 구어 및 문어(들): _____

504 팀 멤버

504 코디네이터, 모든 504 팀 멤버들의 성명과 직책을 기입하십시오.

성명	역할
1.	504 코디네이터
2.	학부모/보호자
3.	학교 보건 담당실 간호사(해당되는 경우)
4.	
5.	
6.	

본 계획의 목표/목적

당뇨는 혈당(당) 레벨이 너무 높거나 너무 낮출 수 있으며, 이는 학생의 학습 능력에 영향을 줄 뿐만 아니라 즉각적, 장기적으로 학생들의 건강을 심각하게 위협할 수 있습니다. 본 계획의 목적은 학생의 자격증을 갖고 있는 의료 서비스 제공처가 정한 목표 범위와 가능한 가장 가까운 혈당 레벨을 유지하고, 해당 의료 서비스 제공처가 제시한 지침에 따라 이 범위 밖의 레벨을 보일 때 적절히 대응하는데 필요한 관련 지원과 서비스 및 조정을 제공하기 위한 것입니다.

504 코디네이터는 다른 504 팀 멤버들과 함께 뉴욕시 교육청 프로그램 및 활동 내에서 학생의 당뇨 관리를 제공하기 위해 노력할 것입니다.

본 계획은 각 학년도 종료 전 또는 필요시 좀더 자주 검토될 것이며, 필요하다면 검토 시점에 수정될 것입니다.

본 계획에서 사용된 정의

교육청 프로그램 또는 활동: PA/PTA 가 후원하는 방과 후 프로그램이나 교육청 건물에서 진행되는 특별활동 등을 포함한 모든 교육청 후원 프로그램 또는 활동.

당뇨 약품 투약 양식 및 첨부(DMAF): 학교 보건 담당실 약품 주문 양식 및 당뇨가 있는 학생이 필요로 하는 약품을 포함한 당뇨 관리 방법에 관한 모든 첨부 내용. DMAF 및 모든 첨부 내용들은 학생의 의료 서비스 제공처가 작성하여야 하며, 학부모/보호자가 서명하고, 학교 보건 담당실에서 검토되어야 합니다. 해당 학년도의 학생 DMAF(수정사항 포함)가 실행될 준비가 되었다면, 504 팀은 이 계획을 검토하고 이 신규/개정 DMAF 준수에 필요한 수정을 해야 합니다.

교육을 받은 비-면허 직원(TNP): 기본적인 당뇨 지식을 교육받고 학교 간호사로부터 저혈당 증상 인지 및 처치, 고혈당 증상 인지, 혈당 모니터 사용, 글루카곤 투여 및 케톤 검사 실시를 포함한 당뇨 관리에 대해 교육을 받은 의료인이 아닌 학교 직원이 관련법, 규칙 및 규정에 따라 이러한 당뇨 관리를 수행할 것입니다. 교육 내용에는 DMAF에 기재된 바에 따라 학교 간호사에게 적절한 후속 의뢰를 하는 것이 포함됩니다. 모든 TNP는 저혈당 및 고혈당의 징조 및 증상 그리고 본인의 역할에 관한 상세한 내용과 함께 이 계획의 사본을 제공받을 것이며, 학생의 DMAF의 특이 사항들에 대한 교육을 받게 될 것입니다.

1. 당뇨 관리 조치

- 1.1. 최소 _____ 명의 직원이 TNP가 되기 위한 레벨 2 교육을 받게 되며, 이는 섹션 2.1에 열거되어 있습니다. 최소 _____ 명의 직원이 TNP가 되기 위한 레벨 1 교육과 글루카곤 교육을 받게 되며, 이는 섹션 2.4에 열거되어 있습니다. 학교 간호사, 보조 학교 간호사 또는 계약 간호사 또는 이러한 교육을 받은 직원들 중 한 명은 학교 수업 시간, 교육청 특별활동 시간 및 교육청 견학 시간에 DMAF에 기재되어 있는 바와 같이 이 계획에 부합하는 당뇨 관리를 제공하기 위해 **항상** 해당 학생이 있는 장소에 배치될 것입니다.
- 1.2. 간호사는 학생의 DMAF에 부합하는 다음과 같은 당뇨 관리를 제공할 것이며, 필요시 다음의 모든 관리를 제공할 수 있도록 교육을 받게 될 것입니다.
 - 복용량 결정 및 인슐린 투여
 - 필요시 글루카곤 투여
 - 필요시 DMAF에 부합하는 케톤 검사
 - 인슐린 투여 및 기타 혈당 관리에 대한 적절한 기록 보관
 - 당뇨 치료에 관해 학부모/보호자와 의사소통
 - 학생의 의료 서비스 제공처와 당뇨 치료에 관해 의사소통
 - 필요시 학교 보건 담당실 의사와 의사소통
 - 교직원 교육을 추진하기 위해 학교장과 협력
 - _____
 - _____
- 1.3. 만약 학생에게 보조교사가 배정되었다면, 이 보조교사는 TNP 교육을 받고 최대한 가능한 범위 내에서 교실 또는 해당 학생이 위치하고 있는 [적절한 곳들인지 점검] 곳에서 다음과 같은 당뇨 관리 업무를 수행할 것입니다:
 - 손 위생, 개인 보호 장비(PPE), 안전한 장비 관리, 안전한 바늘/날카로운 물품 폐기 계획에 관한 감염 관리를 위한 표준 예방 원칙들을 준수
 - 손가락을 찌러 혈당 레벨 검사
 - 연속 혈당 모니터(CGM)의 수치 모니터
 - 필요시 DMAF에 부합하는 케톤 검사 및 **만약** 다음의 상황이라면 학교 간호사에게 의뢰:
 - 케톤이 보통 또는 큼
 - 학생이 몸이 좋지 않다고 느낌
 - 기타: _____

- 응급 상황 발생시 글루카곤을 투여한 후 911 에 전화하고 해당 내용을 적절히 기록하여 보관, 간호사 및 학교 관리자에게 알림
- 저혈당[DMAF 에 기재되어 있음: 혈당 _____ mg/dL]이 발생한 경우 빠르게 작용하는 포도당이나 간식 제공, 간호사에게 알림
- 고혈당[DMAF 에 기재되어 있음: 혈당 _____ mg/dL]이 발생한 경우 물을 주고 추적 관찰, 간호사에게 알림
- 상기 내용에 관련하여 학부모/보호자와 의사소통
- _____
- _____
- _____
- _____

만약 학생의 혈액/센서 혈당 대 혈당 모니터링 또는 CGM 이 _____ mg/dL 또는 그 보다 높다면, 학생의 DMAF 에 요약된 바에 따라, 보조교사는 학생에게 물을 주고 모니터하고, 케톤을 검사한 후 학교 간호사에게 알릴 것입니다. 학생이 몸이 안 좋다고 느끼거나 인슐린 치료를 받지 않는 한 혈당이 높다고 해서 일반적으로 보건실에 머무르지 않을 것입니다.

DMAF 첨부 내용에 따라, 만약 CGM 이 _____ 또는 그 이하이거나 증상이 숫자 및/또는 화살표와 일치하지 않는다면, 보조교사는 손가락을 찌러 혈당 검사를 실시할 수도 있습니다.

학생에게 배정된 보조교사가 없을 때 적절한 교육을 받은 다른 보조교사가 이런 당뇨 관리를 제공할 것입니다.

2. 교육을 받은 비-면허 직원

2.1 다음 교직원들은 (상기 섹션 1.1 참조) TNP로서의 책임을 다하기 위해 레벨 2 교육을 받게 될 것입니다(전체 이름 및 직책 그리고 교육받은 날짜 기재):

2.2 학생 통학 담당실은 이러한 학생의 통학을 담당하는 버스 운전사나 버스 승무원도 뉴욕주 교육부와 교육청의 해당 필요 요건에 부합하는 안전 교육과 글루카곤 교육을 받았는지 확인하여야 합니다.

2.3 **학교 일과 시간, 교육청 특별활동 시간 또는 교육청 견학 시간 동안 이러한 학생에 대한 책임이 있는 TNP 가 아닌 교직원**은 당뇨의 일반적인 개요와 당뇨 학생에게 필요한 일반적인 건강 관리, 저혈당 및 고혈당 증세 인지 및 학교 간호사나 TNP 에게 즉시 연락해야 할 때 및 방법을 포함한 **레벨 1 교육**을 받을 것입니다.

교육받은 교직원들(전체 이름 및 직책 그리고 교육받은 날짜 기재):

[목록에 체육 교사 및 코치 포함. 섹션 5 참조.]

2.4 교육에 자원한 다음의 개인들은 2.3 에 요약되어 있는 교육과 더불어 글루카곤 투여하는 방법에 대한 교육을 받습니다:

3. 학생의 자기 관리 레벨 및 의료 물품과 장비 보관 장소

3.1 (a) DMAF 에 기재된 바와 같이:

혈당을 검사하는 학생의 스킬 레벨:

- 간호사/성인이 반드시 혈당을 검사합니다
- 성인의 감독하에 학생이 혈당 검사를 합니다
- 성인의 감독 없이 학생이 혈당 검사를 할 수도 있습니다

인슐린 투약을 위한 학생의 스킬 레벨:

- 간호사-의존형 학생: 간호사가 반드시 투약해야 합니다
- 감독이 필요한 학생: 성인의 감독하에 학생 스스로 투약합니다
- 독립적 학생: 본인이 보관/본인이 투여 라이선스를 갖춘 제공자가 입증

학교 일과 시간 동안 상기 정해진 지정된 스킬 레벨은 학교, 견학, 교육청 특별활동 장소 및 학교 버스에서 언제 및 어디서나 유지되어야 합니다.

(b) 해당 학생은 수행을 위해 TNP 가 필요하거나 다음과 같은 기타 당료 관리 임무와 관련하여 감독이 필요합니다(예, 학생이 본인의 혈당을 모니터하고 인슐린을 스스로 투약할 때 구두로 지시를 제공, 탄수화물을 계산할 때 계산이 정확한지 확인) 해당 임무와 함께 독립 레벨을 상세히 기재:

3.2 학생 및/또는 TNP(배정된 보조교사 포함)는 언제든지 어디서나 다음과 같은 당뇨 관련 의료 물품 및 장비를 소지하는 것이 허용될 것입니다(적용 가능하다면, 전화 및/또는 스마트 위치를 포함하십시오): [이 부분을 작성하기 위해 DMFA 및 학교 간호사와 협의하십시오]

3.3 학생이 보관하지 않는 당뇨 관련 물품과 장비 및 추가적인 물품은 다음 장소에 보관될 것입니다: [일반적으로 교실 및 간호사 구역/보건실, 또는 TNP 가 있는 곳에 보관(CGM 모니터링 장치와 개인 당뇨 관리 기기 제외)]

3.4 학부모/보호자는 학생의 필요를 충족하기 위해 DMAF 에 요청된 바에 따라 당뇨 관리 물품 및 음식을 제공할 책임이 있습니다.

4. 간식 및 급식

4.1 (a) 급식 및 간식은 DMAF 에 따라 준비될 것입니다.

(b) DMAF 는 아침 주문이 포함되어 있습니다: 예 아니요

- 4.2 교육청 식품 및 영양 서비스 담당실(OFNS)에서 제공하는 간식 및 급식에 대한 탄수화물 함량 정보는 OFNS 웹사이트에서 제공되거나 학교 현장의 학교 급식 서비스 매니저에게 요청해서 받아 보실 수 있습니다.
- 4.3 간식 또는 빠르게 작용하는 포도당원은 반드시 항상 학생에게 즉시 제공될 수 있어야 합니다.
- 4.4 교사는 간식 또는 급식 일정의 어떤 변경도 최소 48 시간 전, 또는 48 시간 전에 안내할 수 없다면 가능한 빨리 학부모/보호자에게 알려드릴 것입니다.
- 4.5 간호사-의존형 학생 또는 성인의 감독이 필요한 학생의 경우 간식 계획에 명시된 시간에, 독립적 학생의 경우 스스로 적당하다고 여겨진 시간에, 또는 치료가 필요하다고 여겨지는 모든 학생들은 어디에서나 간식을 먹을 수 있도록 허용될 것입니다. [학부모/보호자의 지침에 따라 개별 학생에게 해당되는 추가적인 내용을 다음과 같이 첨부합니다, 예: *해당 학생은 컵케이크와 같은 특별 축하 간식을 포함한 원하는 어떤 음식도 항상 먹을 수 있도록 허용됩니다. 간식 시간에 학교 제공 간식 또는 집에서 가져온 간식 중에 선택하는 것이 허용됩니다.*]
- 4.6 학부모/보호자는 모든 학생들에게 제공되는 간식에 추가 또는 대체 간식을 제공할 것입니다.
- 4.7 학부모/보호자는 집에서 가져온 간식 및 음식에 대한 탄수화물 함량 정보를 제공할 것입니다. 학부모/보호자가 이러한 정보를 제공하지 않는 경우, 학교 간호사 또는 TNP 는 공시 되어있는 탄수화물 계산 웹사이트를 이용할 것입니다.
- 4.8 간식 및 급식 시간의 조정은 DMAF 에 부합하여 학부모/보호자의 요청이 있을 때 시간 변경이 허용될 것입니다.

5. 운동 및 신체 활동

- 5.1 학생의 DMAF 에 부합하여 학생은 체육 수업 및 단체 운동에 완전히 참여하도록 허용될 것입니다.
- 5.2 체육 교사 및 운동 코치는 섹션 2.3 에 부합하여 교육을 받게 될 것이며, 본 계획의 사본을 받게 될 것입니다.
- 5.3 담당 교직원이 학생의 혈당 측정기, 빠르게 작용하는 포도당원 및 물을 항상 체육 수업이 이루어 지는 장소 및 교육청 단체 운동 연습과 경기 장소에 제공될 수 있도록 준비할 것입니다.

6. 물, 화장실 및 엘리베이터 사용

- 6.1 학생은 즉시 물을 마실 수 있도록 물통을 지참하고 책상에 보관할 수 있게 허용 및/또는 제한 없이 식수대를 이용할 수 있도록 허용될 것입니다.
- 6.2 학생은 제한 없이 화장실을 이용하도록 허용될 것입니다.
- 6.3 엘리베이터 패스: 해당되는 경우, 교직원은 필요시 학생이 엘리베이터를 사용할 수 있도록 보장해야 하며, 가능한 경우 엘리베이터에 학생과 동행해야 합니다(학생들에게 엘리베이터 열쇠/키 카드는 제공되지 않습니다).

7. 혈당 수치 검사, 인슐린 및 약품 투여, 저혈당 또는 고혈당 치료

- 7.1 학생의 자기 관리 레벨은 상기 섹션 3에 규정되어 있으며, 여기에는 학생이 스스로 처치할 수 있는 임무와 반드시 학교 간호사 또는 TNP의 지원을 받으며 처치할 수 있거나 또는 전적으로 지원받아야 하는 임무가 포함됩니다.
- 7.2 혈당 검사는 학생의 DMAF에 정해진 시간들, 그리고 언제든지 학생이 혈당 레벨이 높거나 낮다고 느껴질 때, 또는 저혈당 또는 고혈당 레벨 증상이 나타날 때 실시될 것입니다. 간호사(들) 또는 TNP는 학생을 위한 가장 적절한 보호를 최우선으로 하되, 학생의 혈당 검사를 하는 방법이나 지원을 결정할 때 해당 학생이 교실에서 수업시간을 놓치는 것을 항상 최소화할 수 있도록 해야 합니다.
- 7.3 인슐린 및/또는 기타 당뇨 약품은 정해진 양과 고혈당 레벨을 조정하는데 필요한 양 모두에 맞게 학생의 DMAF 및/또는 첨부에 처방되어 있는 시간 및 방법(예: 주사기, 펜 또는 펌프)에 따라 투여될 것입니다. 간호사는 학생을 위한 가장 적절한 보호를 최우선으로 하되, 간호사 및 TNP가 학생의 인슐린을 투여하는 방법을 결정할 때 또는 학생이 인슐린을 투여하는 것을 지원할 때 해당 학생이 교실에서 수업시간을 놓치는 것을 항상 최소화할 수 있도록 해야 합니다.
- 7.4 504 팀은 반드시 학생의 개별적인 필요를 기반으로 당뇨 관리를 위한 가장 제한이 적은 환경 및 제공될 수 없는 자원들에 대해 논의 및 결정하여야 합니다. 당뇨 관리는 수업 시간을 놓치는 것을 최소화하고 또래와 보내는 시간을 최대한으로 하는 목표와 함께 교실 또는 학생이 있는 모든 장소, 보건실 또는 기타 장소에서 제공될 수 있습니다.

각 당뇨 관리 임무 별 **장소**를 지정하십시오:

점심시간 인슐린이 투여될 장소 _____.

조정용 인슐린이 투여될 장소 _____.

간식 시간 인슐린이 투여될 장소 _____.

혈당이 모니터 될 장소 _____.

케톤이 모니터 될 장소 _____.

- 7.5 학생은 학생이 원한다면 혈당 검사 및 인슐린 투여 시 개인 공간이 제공될 것입니다.
- 7.6 학생의 일반적 고혈당 증상은 다음과 같습니다:

학생의 일반적 저혈당 증상은 다음과 같습니다:

이들 레벨에 대응하는 방법에 관한 지침 사항은 DMAF에 명시되어 있습니다.

- 7.7 학생이 도움을 필요로 할 때 또는 직원이 보기에 학생이 고혈당이나 저혈당 증세를 보이고 있다고 여겨질 때, 해당 직원은 이 학생과 성인이 함께 있는지를 확인하는 한편 즉시 학교 간호사 또는

TNP 에게 도움을 요청해야 합니다. 절대 실제로 - 또는 의심이 되는- 고혈당이나 저혈당 증세를 보이는 학생을 혼자 보내지 말고, TNP 또는 다른 성인이 학생과 함께 있는지 확인하십시오.

7.8 만약 학생이 의식을 잃는다면:

1. 혈당을 검사하지 않고 보조교사 또는 기타 TNP 가 즉시 글루카곤을 투여하고 911 에 반드시 전화하여야 합니다.
2. 학교 간호사 또는 TNP(학교 간호사가 없는 경우)에게 연락합니다.
3. 보조교사, 간호사, 또는 기타 교직원은 911 에 전화하고 학생과 함께 있어야 합니다.
4. 만약 911 이 도착하지 않았으나 학생이 의식을 되찾았다면 손가락을 찌러 혈액 검사를 실시합니다.
5. 메인 오피스로 연락하십시오.
6. 아래 제공된 응급 연락처에서 학생의 학부모/보호자 및 의사에게 연락하십시오.

7.9 DMAF 내용에 부합하고 치료에 방해가 되지 않는다면, 학생은 체육 및 기타 활동 시간 동안 인슐린 펌프를 착용하지 않고 체육 교사 및 코치를 포함한 교직원에게 학생의 인슐린 펌프를 보관해 달라고 요청할 수 있습니다

8. 통학, 견학 및 특별 활동

8.1 [504 코디네이터: 학교의 통학 코디네이터와 확인한 후, 다음의 내용 중 적용 가능한 하나를 체크하십시오] 교육청은 학생이 매일 학교로 통학할 때 다음의 내용을 제공할 것입니다:

- 해당 사항 없음(버스 통학 서비스(버스)가 제공되지 않음),
- 통학 간호사,
- 통학 교통편 보조교사,
 - 504 팀은 다음과 같은 경우 학생이 보조교사 **없이** 버스를 탈 수 있다는데 동의합니다: 만약 보조교사의 **유일한** 임무가 당뇨병 관련이고 **또한** 버스 운전자/승무원이 글루카곤 투여에 관한 교육을 받은 경우입니다.
- 보조원과 함께 골목에서 학교까지 통학,
- 보조원 없이 집에서 학교까지 통학.

그리고, 버스를 타는 학생에게 필수:

- 버스 운전자 및 승무원 확인: 핵심 실행 안내서(버스를 타는 학생에게 필수)

8.2 학생은 정해진 교직원에게 의해 이 계획에 규정된 바에 따른 필수적인 당뇨 관리를 포함한 모든 조정과 변경과 함께 모든 교육청 견학 및 교육청 특별활동(모든 교육청 방과 후 활동, 운동, 클럽 및 심화 프로그램 등)에 참여가 제한없이 허용될 것입니다. 학생의 학부모/보호자는 견학 또는 기타 학교 활동에 동행할 필요는 없지만, 학생과 동행하는 것을 선택하실 수 있습니다.

8.3 교육청은 필요시 교육청 견학 및 교육청 특별활동 참여를 위해 학생의 DMAF 에서 요구하는 바에 따라 필요한 인슐린을 투여할 간호사 또는 당뇨 관리(혈당 모니터링, 저혈당 인지 및 치료, 간식 제공, 물과 화장실 이용 제공을 포함하되 이에 제한되지 않음)를 수행할 기타 교육받은 직원을 제공하며, 그러한 학생의 당뇨 물품이 학생의 여행 또는 활동 시간 동안 준비되어 있는지 확인할 것입니다. 해당 직원이 학교 간호사가 아니라면, 학교 간호사는 배정된 직원에게 학생의 504 계획 및 DMAF 에 대해 지시해야

합니다. 배정된 간호사 또는 직원이 교육청에 부재를 알릴 경우, 교육청에서는 즉시 간호사 또는 직원을 대체할 간호사나 직원을 확보하기 위한 최선의 노력을 다해야 합니다. 간호사나 교육받은 직원이 없을 경우, 학교장은 가능한 한 여행을 연기하거나 또는 치료를 준비할 수 있을 때까지 여행을 취소해야만 합니다.

8.4 최대한 가능한 범위에서, 학생의 교사는 학부모/보호자, 학교장 및 학교 간호사에게 향후 실시될 견학에 대해 최소 2 주 전에 사전 통지를 하고, 모든 연장 수업이나 1 박 이상의 여행에 대해 최소 30 일 전에 간호사 동반 요청서를 제출하여 모든 추가적인 의료 요건들을 충족 및 검토하고 견학에 동반할 간호사가 요청될 수 있도록 해야 합니다.

8.5 학생이 참여하고자 하는 모든 교육청 활동 및 프로그램을 나열하고, 해당 활동/프로그램 중 당뇨 관리를 제공할 사람, 해당 개인이 제공할 당뇨 치료 유형 및 교육을 받을/받은 날짜를 상술하십시오(예, 학교 아침 식사 시간, 체스 클럽, 합창):

프로그램: _____ 필요한 관리: _____

관리를 제공할 개인: _____ 교육 일자: _____

프로그램: _____ 필요한 관리: _____

관리를 제공할 개인: _____ 교육 일자: _____

프로그램: _____ 필요한 관리: _____

관리를 제공할 개인: _____ 교육 일자: _____

프로그램: _____ 필요한 관리: _____

관리를 제공할 개인: _____ 교육 일자: _____

8.6 만약 학생이 비 교육청 방과 후 프로그램에 참여한다면, 학부모는 독립 비 차별 의무에 비취 해당 학생의 당뇨 조정에 대한 프로그램의 관리 역량에 관한 어떠한 우려 사항도 504 코디네이터에게 연락하여 전달할 수도 있습니다.

9. 학급 및 시험 조정

9.1 만약 학생이 정규 또는 표준 시험 시간에 고혈당 또는 저혈당으로 영향을 받는다면, 해당 학생이 불이익 없이 다른 시간에 시험에 응시할 수 있도록 허용될 것입니다.

9.2 CGM 을 이용하는 학생들은 시험 시간에 다음과 같은 조정을 받을 수 있습니다[있다면, 해당하는 내용에 체크]:

학생은 가장 최근의 DMAF 및 첨부에 부합하는 당뇨 관리 규정에 따라, 필요하다면 전화/스마트 위치를 사용하는 것이 허용될 것입니다. 학급 교사 또는 감독관은 시험의 공정성을 지키기 위해 학생의 전화/스마트 위치 사용을 감독할 것입니다.

대체 시험 장소(학업 시험)

안전한 장소에 전화를 보관하고 혈당을 모니터 할 때만 전화/스마트 위치를 이용

- 전화/스마트 워치의 인터넷 연결을 끄는 것으로(비행 모드로 전환하되 블루투스를 사용할 수 있도록) 학생이 지속적으로 전화/스마트 워치를 이용하여 당을 모니터하도록 허용
- _____
- _____
- _____
- _____

- 9.3 학생이 식수대 또는 화장실을 이용하거나, 혈당을 체크하거나, 또는 저혈당이나 고혈당을 치료하기 위해 시험 또는 기타 활동 시간 중에 휴식이 필요하다면, 해당 학생은 불이익 없이 시험 또는 기타 활동을 마치는데 필요한 추가 시간을 제공받게 될 것입니다.
- 9.4 학생은 당뇨 관리로 인해 놓친 수업 내용에 대해 불이익 없이 보충 수업을 받아 도움을 받을 수 있을 것입니다.
- 9.5 병원 예약 및/또는 질병으로 인한 결석은 양해될 것입니다. 학교 정책에 따라 달리 요구되지 않는 한 학부모/보호자는 치료한 보건 전문가로부터의 서류를 제출할 것입니다.

10. 의사소통

- 10.1 학교 간호사, TNP 및 기타 직원은 해당 법률, 규칙 및 규정에 따라 학생의 당뇨와 관련된 정보를 비밀로 유지해야 합니다.
- 10.2 격려가 필수적입니다. 학생은 학생의 당뇨 전문의 및 가족과 협력 하에 제시간에 맞춰 식사를 하고, 자신의 당뇨 관리 기술과 자기 관리 능력을 발전시키는 것을 격려 받는 방향으로 관리되어야 합니다.
- 10.3 교사 또는 TNP 는 운동, 놀이 시간, 견학, 파티 또는 점심 일정과 같은 계획된 활동들에 변경이 생길 때 학부모/보호자 및 간호사에게 합리적인 안내를 제공하여, 점심, 간식 계획 및 인슐린 투약 량이 적절히 조정될 수 있도록 해야 합니다.
- 10.4 해당 학생과 함께 하는 각 대체 학교 간호사 또는 계약 간호사는 학생의 당뇨 관리에 관한 서면 지침서 및 학생의 DMAF 와 이 계획에 관한 사본을 제공받게 될 것입니다. 해당 학생과 함께 하는 각 대체 교사는 학생의 당뇨 관리에 관한 정보 및 학교 간호사 또는 TNP 에게 즉시 연락할 방법과 시기에 관한 정보를 제공받게 될 것입니다.
- 10.5 신규 DMAF 가 제출될 때, 학부모/보호자는 학부모/보호자는 학교 간호사에게 새로운 당뇨 관리 처치, 기계 및/또는 물품에 대해 알릴 것입니다.
- 10.6 TNP 는 학교 일과 중의 모든 당뇨 모니터링 및 치료에 관해 간호사에게 알리고, 학생의 의료 기록에 포함시킬 수 있도록 학교 일과가 끝날 때까지의 모든 당뇨 관리 대응 문서를 간호사에게 제공할 것입니다.

11. 응급 사태 발생으로 인한 대피 및 피신

- 11.1 응급 사태 발생으로 인한 대피 및 피신이 실시될 경우, 학생의 504 계획 및 DMAF 는 완전한 효력을 유지할 것입니다.
- 11.2 학교 간호사 또는 TNP 는 이 계획의 요약된 내용 및 학생의 DMAF 에 따라 학생에게 당뇨 관리를 제공할 것이며, 학생의 당뇨 물품 및 장비를 이동하는데 책임을 지고, 학생의 학부모/보호자에게 연락을

취하도록 시도하며 최신 상황을 알리고, 학부모/보호자로부터 학생의 당뇨 관리에 관한 정보를 받을 것입니다. 학교 간호사는 또한 지시된 바에 따라 학생의 의료 서비스 제공처와 정보를 주고받을 것입니다.

12. 학부모/보호자 통지

12.1 다음과 같은 상황 발생시 학부모/보호자에게 통지:

- 심각한 저혈당 증상 및 증세[해당 학생의 특정한 심각한 저혈당 증세 첨부]:

- 학생의 혈당 검사 결과 _____ 이하 또는 주스 또는 포도당 약을 섭취한 후 15분 후에도 _____ 이하.
- 심각한 고혈당 증상 및 증세[해당 학생 대상 특정한 심각한 고혈당 증세 첨부]:
_____]
- 학부모/보호자는 (bg/센서 혈당) _____ 이상 및 케톤 검사 결과 연락을 받기를 원합니다. (DMAF는 치료를 위해 반드시 준수되어야 합니다).
- 학생이 음식을 섭취하거나 인슐린 또는 볼러스의 투여를 거부합니다.
- 모든 상해.
- 치료를 위한 사용 여부에 관계없이 인슐린 펌프의 고장.
- 펌프 고장에 따른 백업 인슐린 방법을 이용.
- 기타:

13. 비상 연락 지침

아래 기재되어 있는 번호로 학부모/보호자에게 전화. 학부모/보호자에게 연락할 수 없다면, 기타 비상시 연락처 또는 학생의 의료 서비스 제공처에 전화.

비상시 연락처

학부모(들)/보호자(들)

연락처 1

성명: _____ 핸드폰: _____

집 전화번호: _____ 직장 전화번호: _____

연락처 2

성명: _____ 핸드폰: _____

집 전화번호: _____ 직장 전화번호: _____

기타 비상시 연락처

연락처 1

성명: _____ 핸드폰: _____

집 전화번호: _____ 직장 전화번호: _____

연락처 2

성명: _____ 핸드폰: _____

집 전화번호: _____ 직장 전화번호: _____

학생의 의료 서비스 제공처(들)

성명: _____ 핸드폰: _____

집 전화번호: _____ 직장 전화번호: _____

서명

저는 [교육청 섹션 504 에 따른 비-차별 공지](#) 및 자격 요건을 제공받았습니다. 저는 이에 서명함으로써, 제 자녀에게 상기 조정 사항을 제공하는 것에 동의하는 바입니다.

승인 및 수신

학부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

승인 및 수신

학교 행정담당 서명: _____

직책: _____ 날짜: _____

학교 보건 담당실 간호사 서명(해당되는 경우): _____ 날짜: _____