

# PODNOŠITELJ ZAHTEVA

(RODITELJ ILI SKRBNIK)

SLATKI SERVIS.

"PRIDRŽI MI MALO"

TERET DJEČJEG  
DIJABETESA



IME I PREZIME: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

ADRESA: \_\_\_\_\_

MOBITEL: \_\_\_\_\_

KONTAKT E-MAIL: \_\_\_\_\_

## ZAHTJEV ZA SUDJELOVANJE DJETETA U PROJEKTU „SLATKI SERVIS“

UDRUGE ZA SKRB DJECE S POSEBNIM ZDRAVSTVENIM POTREBAMA 3L

### PODACI O DJETETU



IME: \_\_\_\_\_

PREZIME: \_\_\_\_\_

SPOL:            **M**            **Ž**

DAN, MJESEC I GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_

MJESTO ROĐENJA: \_\_\_\_\_

DRŽAVLJANSTVO: \_\_\_\_\_

ADRESA STANOVANJA: \_\_\_\_\_

GRAD/OPĆINA: \_\_\_\_\_

TIP DIJABETESA: \_\_\_\_\_

INZULIN: \_\_\_\_\_

NAČIN TERAPIJE:        **PEN**        **PUMPICA**

DOZE/VRIJEME TERAPIJE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

KONTROLA RAZINE ŠEĆERA U KRVI:        **GLUKOMETAR**        **CGM**

UČESTALOST KONTROLE RAZINE ŠEĆERA U KRVI:        \_\_\_\_\_ × DNEVNO

RASPONI RAZINE ŠEĆERA U KRVI / UČESTALOST

NAJNIŽA RAZINA ŠEĆERA U KRVI        \_\_\_\_\_ mmol/l        **ČESTO**        **RIJETKO**

NAJVIŠA RAZINA ŠEĆERA U KRVI        \_\_\_\_\_ mmol/l        **ČESTO**        **RIJETKO**

ZADNJI NALAZ HbA1c:        \_\_\_\_\_ %

NAČIN PREHRANE/ RAČUNANJA OBROKA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

S KOLIKO MJESECI/GODINA JE DIJAGNOSTICIRAN DIJABETES: \_\_\_\_\_

STUPANJ SAMOSTALNOSTI DJETETA (1-NIJE SAMOSTALNO, 2 - POTREBNA POMOĆ, 3 - POTREBNA KONTROLA, 4 - POTPUNO SAMOSTALNO)

KONTROLA RAZINE ŠEĆERA U KRVI	1	2	3	4
TERAPIJA INZULINOM	1	2	3	4
UZIMANJE OBROKA	1	2	3	4
PREPOZNAJE/IZRAŽAVA STANJE HIPOGLIKEMIJE		DA	NE	
PREPOZNAJE/IZRAŽAVA STANJE HIPERGLIKEMIJE		DA	NE	
DIJETE JE DOŽIVJELO HIPOGLIKEMIJSKU KOMU		DA	NE	
DIJETE JE BILO HOSPITALIZIRANO ZBOG KETOACIDOZE		DA	NE	

BOLNICA: \_\_\_\_\_

SPECIJALIST ENDOKRINOLOG KOD KOJEGA SE DIJETE KONTROLIRA - KONTAKT: \_\_\_\_\_

ODGOJNO/OBRAZOVNA USTANOVA KOJE DIJETE POHAĐA: \_\_\_\_\_

VRIJEME BORAVKA U USTANOVI KOJE DIJETE POHAĐA: OD \_\_\_\_\_ DO \_\_\_\_\_

KONTAKT: \_\_\_\_\_

AKTIVNOSTI KOJE DIJETE POHAĐA / PLANIRA POHAĐATI: \_\_\_\_\_

LOKACIJA AKTIVNOSTI DJETETA: \_\_\_\_\_

VRIJEME AKTIVNOSTI DJETETA: OD \_\_\_\_\_ DO \_\_\_\_\_

AKTIVNOSTI KOJE DIJETE POHAĐA / PLANIRA POHAĐATI: \_\_\_\_\_

LOKACIJA AKTIVNOSTI DJETETA: \_\_\_\_\_

VRIJEME AKTIVNOSTI DJETETA: OD \_\_\_\_\_ DO \_\_\_\_\_

AKTIVNOSTI KOJE DIJETE POHAĐA / PLANIRA POHAĐATI: \_\_\_\_\_

LOKACIJA AKTIVNOSTI DJETETA: \_\_\_\_\_

VRIJEME AKTIVNOSTI DJETETA: OD \_\_\_\_\_ DO \_\_\_\_\_

## RAZVOJNI STATUS DJETETA (ZAKRUŽITE)

PONAŠANJA KOJA SU POSLJEDICE NISKE ILI VISOKE RAZINE ŠEĆERA U KRVI ILI NOŠENJA DJETETA S DIJEBETESOM

(NPR. DEKONCENTRIRANOST, FOBIJE, RAZDRAŽLJIVOST, AGRESIJA, UMOR, SLABOST, TUGA, PRKOS, ODBIJANJE HRANE, SKRIVANJE, LAGANJE,

UČESTALO MOKRENJE, NOĆNO MOKRENJE, BOLOVI U TRBUHU I DRUGO), **NAVEDITE I OPIŠITE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A) UREDNA RAZVOJNA LINIJA

B) DIJETE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU; KOJE: \_\_\_\_\_

C) DRUGE SPECIFIČNE POTREBE DJETETA (POREMEĆAJI S PRKOŠENJEM I SUPROSTAVLJANJEM, POREMEĆAJ OPHODENJA, TIKOVI, NOĆNE MORE, STRAHOVI, FOBIJE, NEADEKVATNA PRIVRŽENOST, PROŽIVLJENO TRAUMATSKO ISKUSTVO, POVUČENOST, SRAMEŽLJIVOST, ISPADI BIJESA, AGRESIJA I DRUGO); KOJE: \_\_\_\_\_

D) DRUGE POSEBNE ZDRAVSTVENE POTREBE DJETETA (PRIDRUŽENE BOLESTI, ALERGIJE, INTOLERANCIJE, POSEBNA PREHRANA, KRONIČNA OBOLJENJA, EPILEPSIJA, ASTMA, FEBRILNE KONVULZIJE I DRUGO); KOJE: \_\_\_\_\_

## PODACI O RODITELJIMA

MAJKA		OČAC		
	IME:			
	PREZIME:			
	DATUM ROĐENJA:			
	MJESTO ROĐENJA:			
	DRŽAVLJANSTVO:			
	ADRESA STANOVANJA:			
DA	NE	GRAD/OPĆINA:	DA	NE
NA DOPUST ZA NJEGU / NA POLA RADNOG VREMENA		ZAPOSLEN/A:	NA DOPUST ZA NJEGU / NA POLA RADNOG VREMENA	
		KORISTI PRAVO:		
		KONTAKT NA RADNOM MJESTU:		
OD:	DO:	ZANIMANJE I STRUČNA SPREMA:	OD:	DO:
		RADNO VRIJEME:		
		MOBITEL:		
		KONTAKT E-MAIL:		

## PODACI O OSTALIM ČLANOVIMA ZAJEDNIČKOG KUĆANSTVA

1. SRODSTVO ILI ODNOS: \_\_\_\_\_ GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_ NAPOMENA: \_\_\_\_\_
2. SRODSTVO ILI ODNOS: \_\_\_\_\_ GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_ NAPOMENA: \_\_\_\_\_
3. SRODSTVO ILI ODNOS: \_\_\_\_\_ GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_ NAPOMENA: \_\_\_\_\_
4. SRODSTVO ILI ODNOS: \_\_\_\_\_ GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_ NAPOMENA: \_\_\_\_\_
5. SRODSTVO ILI ODNOS: \_\_\_\_\_ GODINA ROĐENJA: \_\_\_\_\_ NAPOMENA: \_\_\_\_\_



# VOLONTERSKE POZICIJE

MOLIMO ZAOKRUŽITE (JEDAN ILI VIŠE ODGOVORA) NA KOJI BI NAČIN UKLJUČIVANJE VOLONTERA PUTEM PROJEKTA „SLATKI SERVIS“ OLAKŠALO VAŠU SVAKODNEVNICU I OMOGUĆILO POMOĆ I PODRŠKU VAŠEM DJETETU OBOLJELOM OD DIJABETESA TIPA 1 U PROCESU OSAMOSTALJIVANJA.

- POMOĆ I PODRŠKA DJETETU U KONTROLI RAZINA ŠEĆERA U KRVI
  - MJERENJE RAZINE ŠEĆERA U KRVI
  - PODRŠKA PRI SAMOSTALNOM MJERENJU RAZINE ŠEĆERA U KRVI
  - POMOĆ I PODRŠKA DJETETU U DAVANJU TERAPIJE INZULINOM
  - DAVANJE TERAPIJE INZULINOM
  - PODRŠKA PRI SAMOSTALNOM DAVANJU TERAPIJE INZULINOM
  - POMOĆ PRI UZIMANJU HRANE, PIĆA
  - POMOĆ PRI ODABIRU ODGOVARAJUĆIH NAMIRNICA
  - POMOĆ PRI MATEMATIČKIM IZRAČUNIMA KOD UZIMANJA OBROKA
  - POMOĆ PRI UČENJU ZA ŠKOLU
  - PRATNJA DO ŠKOLE I NATRAG
  - IGRA U DOMU/JAČANJE SAMOPOUZDANJA/KONTROLA
  - DRUŽENJE U DJEČJEM PARKU/JAČANJE SAMOSTALNOSTI/KONTROLA
  - UPOZNAVANJE VRŠNJAKA I OKOLINE S DIJABETESOM TIPA 1 KROZ RAZGOVOR, PREZENTACIJE
  - PRATNJA NA SPORTSKE AKTIVNOSTI (NOGOMET, PLIVANJE, PLES I SL.)
  - PRATNJA NA UMJETNIČKE AKTIVNOSTI (RADIONICE, GLAZBENA ŠKOLA I SL.)
  - PRATNJA PRI ZDRAVSTVENIM PREGLEDIMA, KONTROLAMA (NPR. ZUBAR)
  
  - PODRŠKA RODITELJIMA RAZGOVOROM
  - POVREMENO ČUVANJE DJETETA (POSEBNE PRILIKE NPR. IZLAZAK S PARTNEROM, BOLEST, RADNE OBVEZE, POTREBA ZA ODMOROM, POTREBA ZA SLOBODNIM VREMENOM I SL.)
  - PODRŠKA U KONTROLI DIJABETESA (IZBOR PREHRANE, IZRAČUN OBROKA, DAVANJE TERAPIJE, MJERENJE RAZINE ŠEĆERA U KRVI, TUMAČENJE VRIJEDNOSTI, PODRŠKA I SL.)
  
  - PODRŠKA ODGAJATELJIMA/ZAPOSLENICIMA ODGOJNO OBRAZOVNE USTANOVE/TRENERIMA
  - PODRŠKA ILI MJERENJE RAZINE ŠEĆERA ZA VRIJEME BORAVKA U VRTIĆU/ŠKOLI
  - PODRŠKA ILI DAVANJE TERAPIJE INZULINOM ZA VRIJEME BORAVKA U VRTIĆU/ŠKOLI
  - PODRŠKA PRILIKOM IZBORA HRANE, IZRAČUNA, KONTROLE HRANJENJA ZA VRIJEME BORAVKA U VRTIĆU/ŠKOLI
  - PRATNJA PRILIKOM JEDNODNEVNIH VRTIĆKIH/ŠKOLSKIH IZLETA I DOGAĐANJA (PERIODIČNO)
  - PRATNJA PRILIKOM VIŠEDNEVNIH VRTIĆKIH/ŠKOLSKIH IZLETA
  - PRATNJA NA SPORTSKIM AKTIVNOSTIMA ILI PRILIKOM DOGAĐANJA NPR. NASTUPA, NATJECANJA, VIŠEDNEVNIH PUTOVANJA
  - OSTALO: \_\_\_\_\_
- 
-



# OČEKIVANJA

KOJA SU VAŠA OČEKIVANJA OD PROJEKTA „SLATKI SERVIS“:

• **ZA DIJETE:**

---

---

---

---

• **ZA SEBE:**

---

---

---

---

KAKO PROCIJENJUJETE DA ĆE SE VAŠE DIJETE PRILAGODITI VOLONTERU:

- A) BEZ POTEŠKOĆA
- B) S POČETNIM POTEŠKOĆAMA, ALI BRZO
- C) S POTEŠKOĆAMA PRILAGODBE I DULJE VRIJEME

POSEBNE NAPOMENE:

---

---

---

---

---

U ZAGREBU,

---

POTPIS PODNOSITELJA ZAHTEVA:

OSOBE ČIJI SE OSOBNI PODACI NAVODE U OVOM ZAHTEJU/OBRASCU OVIME DAJU SVOJU IZRIČITU SUGLASNOST DA SE NJIHOVI PODACI, ODNOSNO PODACI NJIHOVOG DJETETA PRIKUPLJAJU, OBRADUJU I KORISTE U SVRHU REALIZACIJE PROJEKTA „SLATKI SERVIS“.



Podaci se prikupljaju u svrhu projekta Slatki servis udruge 3L na temelju Zakona o zaštiti osobnih podataka i Ustava Republike Hrvatske. Ovaj je dokument izrađen uz financijsku podršku Grada Zagreba. Sadržaj ovoga dokumenta u isključivoj je odgovornosti 3L i ni pod kojim se uvjetima ne može smatrati kao odraz stajališta Grada Zagreba.