



PDM-INNSTILLINGER FOR NYE POD-BRUKERE

Dette dokumentet er beregnet på deg som skal begynne med Omnipod® insulinpumpesystem. Både til deg som er voksen og deg som er omsorgsperson for et barn.

Fornavn _____ Etternavn _____

Dato _____ PDM-serienummer _____

De innledende innstillingene nedenfor skal programmeres i din PDM i henhold til ordinasjonen fra ditt/barnets diabetesteam.

Det er en god idé å alltid oppbevare et oppdatert eksemplar både i journalen og hjemme.



Innledende pumpeinnstillinger for din PDM. * refererer til ordinasjonen fra ditt diabetesteam			
1.	Maks basalhastighet **	_____ E/t	
2.	Basal 1*	Tidssegment 00:00 - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____	_____ E/t _____ E/t _____ E/t _____ E/t _____ E/t _____ E/t _____ E/t _____ E/t
			Basaldose/ døgn _____ E
3.	Midlertidig basalhastighet	% E/t Av	
4.	BS-lyder	På Av	
5.	BS-målgrenser	Nedre grense _____ mmol/L Øvre grense _____ mmol/L	
6.	Beregninger av foreslått bolus	På Av	
7.	BS-mål*	Tidssegment 00:00 - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____	Mål _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L
			Korriger over _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L
8.	BS-minimumsverdi for bolusberegninger	_____ mmol/L	
9.	Insulin-til-KH-forhold (IKH)*	Tidssegment 00:00 - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____	1 enhet insulin dekker _____ g _____ g _____ g _____ g _____ g _____ g _____ g _____ g
10.	Korreksjonsfaktor*	Tidssegment 00:00 - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____	1 enhet insulin reduserer BS med _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L _____ mmol/L
11.	Reversert korreksjon*	På Av	
12.	Varighet av insulinaktivitet*	_____ timer	
13.	Bolustrinn	0,05 enheter 0,10 enheter	0,5 enheter 1,00 enheter
14.	Maksimal bolus*	_____ enheter	
15.	Forlenget bolus	% E/t Av	
16.	Varsel for lavt reservoarvolum	_____ enheter	
17.	Utløpsvarsel	_____ timer	

Ansvarlig lege/sykepleier

Underskrift

Dato
