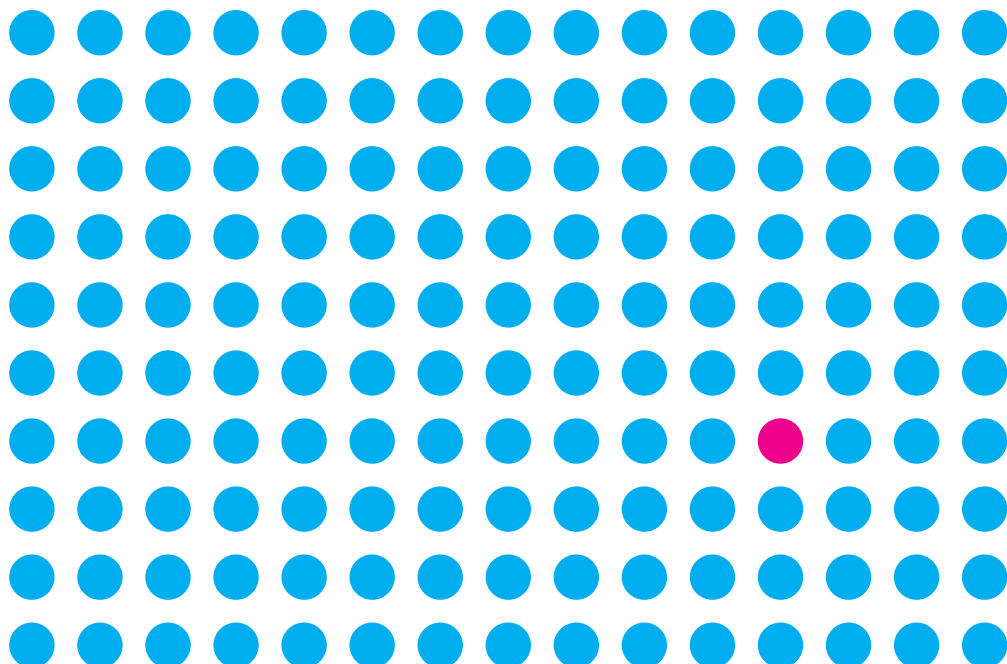


Ewa Małolepsza
Marta Ośmiańska
Katarzyna Szybiak
Beata Zduńczyk



DIAGNOZA... I CO DALEJ?

Przewodnik dla pacjentów z cukrzycą typu 1
i ich opiekunów

Ewa Małolepsza
Marta Ośmiańska
Katarzyna Szybiak
Beata Zduńczyk

DIAGNOZA... I CO DALEJ?

**Przewodnik dla pacjentów z cukrzycą typu 1
i ich opiekunów**



Dziękujemy
Zespołowi Oddziału Klinicznego
Diabetologii Dziecięcej i Pediatrii UCK WUM
za pomoc merytoryczną.

Opracowanie graficzne: Katarzyna Bischoff, Rafał Jankowski, Marek Skwierawski

Korekta językowa: Magdalena Jakuszew

Zdjęcia: Shutterstock, Fundacja dla Dzieci i Dorosłych z Cukrzycą

Warszawa 2025

Spis treści

1.	Dlaczego moje dziecko?	4
2.	Cukrzyca – podstawowe informacje, cele i filary terapii	6
3.	Niezbędnik osoby z cukrzycą typu 1 w domu i poza nim	10
4.	E-recepty i e-zlecenia na wyroby medyczne	12
5.	Orzeczenia o niepełnosprawności	16
6.	Edukacja diabetologiczna	18
7.	Żywnienie w cukrzycy – zdrowo, ale czy na diecie?	20
8.	Cukrzyca a sport	26
9.	Wypoczynek i integracja	28
10.	Emocje towarzyszące chorobie	30
11.	Dziecko z cukrzycą typu 1 w szkole i przedszkolu	36
12.	Podróżowanie z cukrzycą	39
13.	Technologia w służbie terapii cukrzycy	42
14.	Ulgi podatkowe związane z niepełnosprawnością	48
15.	Niepełnosprawność a system zabezpieczenia społecznego	51
16.	Dofinansowanie terapii	53
17.	Ośrodki diabetologiczne	56
18.	Gdzie szukać pomocy?	63
19.	O Fundacji dla Dzieci i Dorosłych z Cukrzycą	64
20.	Zakończenie	66

1. Dlaczego moje dziecko?

Może jesteś jeszcze w szpitalu, a może po dwutygodniowym pobycie w nim wracasz właśnie z dzieckiem do domu... i uczysz się żyć na nowo. Rzeczywistość Cię przytłacza. Szukasz wsparcia.

Teraz życie dzielisz na to przed diagnozą i to po niej. Towarzyszy Ci strach, niepewność, wszystko jest nowe, dziwne. Zastanawiasz się, czy dasz radę zajmować się mierzeniem poziomu glikemii, liczeniem węglowodanów, robieniem wkłuć, usuwaniem pęcherzyków powietrza z drenu, wstawianiem w nocy do dziecka, a jednocześnie ciągle drżysz ze strachu przed niekontrolowanym spadkiem cukru... A może, paradoksalnie, teraz właśnie okazuje się, że masz więcej siły niż dotychczas, że świetnie przyswajasz wiedzę, że uczysz się szybko, że dajesz z siebie wszystko, aby Twoje dziecko jak najłatwiej weszło w to „nowe życie”.

Bez względu na to, gdzie mieszkasz, kto Cię wspiera, czy odkryłaś(-eś) w sobie siłę, czy ciągle jeszcze jej szukasz, zadajesz sobie prawdopodobnie pytanie: „Dlaczego to moje dziecko zachorowało?” Mimo że lekarze tłumaczą, iż na to pytanie nie ma odpowiedzi, Ty być może ciągle szukasz jej w sobie, w tym, jak żyłaś(-eś), jak opiekowałaś(-eś) się dzieckiem.

Wiedza medyczna wskazuje na wiele przyczyn, które mogą mieć wpływ na zachorowanie na cukrzycę typu 1: uwarunkowania genetyczne, infekcje wirusowe, zanieczyszczenie środowiska. Nie mamy dostatecznej wiedzy, co w jaki sposób i w powiązaniu z jakimi czynnikami wywołuje autoimmunologiczną reakcję organizmu polegającą na tym, że sam zaczyna on niszczyć własną trzustkę, tym samym zaburzając proces wytwarzania insuliny.

Wiele słyszałaś(-eś) o alergii i innych chorobach, na których rozwój nie mamy wpływu.

Nie mamy wpływu również na rozwój cukrzycy typu 1.

Jeśli chodzi o cukrzycę, powszechny pogląd jest taki, że to choroba wynikająca z zaniedbania, z niezdrowego trybu życia. Ty już wiesz, że w przypadku cukrzycy typu 1 nie jest to prawda. Na cukrzycę typu 1 chorują głównie dzieci i młodzież, które w większości prowadzą zdrowy, kontrolowany przez rodziców tryb życia. **Dlaczego więc zachorowało i Twoje dziecko, i moje?**

Czy to pytanie ma sens? Tak! **Masz prawo je zadawać.** Czy jednak znalezienie odpowiedzi zmieni sytuację? Niestety – nawet gdybyśmy byli w stanie jasno określić przyczynę zachorowania, nie zmieni to faktu, że cukrzyca pozostanie chorobą nieuleczalną.

Czy nasze postępowanie mogło przyczynić się do zachorowania dziecka? Co zrobiliśmy nie tak? Wiemy, że ta myśl kołata się w głowie, wraca natrętnie. Kilka lat temu



to pytanie stawialiśmy sobie również my, współautorki tej książeczki. Targały nami tysiące wątpliwości, na które starałyśmy się znaleźć odpowiedź u specjalistów pracujących z rodzinami z cukrzycą.

Dlatego teraz wracamy do tego etapu, do momentu diagnozy, początku „nowego życia”, żeby Wam powiedzieć, bazując na doświadczeniach zarówno naszych, jak i innych pacjentów diabetologicznych, że dacie radę.

Tak, DACIE RADĘ!

Dziś chcemy pomóc Wam oswoić w cukrzycy to, co nieznane, obce, przerażające. Z perspektywy czasu i doświadczeń mówimy Wam: **tu i teraz jest najważniejsze.** Postaramy się pokazać Wam, że to „nowe życie” dacie radę okiełznać. Cukrzyca typu 1 już zawsze będzie z Waszymi dziećmi, a więc i z Wami, ale zadamy o to, żebyście potrafili ją oswoić i żeby nie odebrała Wam radości życia, którą mieliście do tej pory. A może właśnie teraz życie nabierze nowych kolorów?

Diagnoza... i co dalej? Zapraszamy!

2. Cukrzyca – podstawowe informacje, cele i filary terapii

Cukrzyca typu 1 jest **nieuleczalną chorobą metaboliczną**, w której uszkodzeniu ulegają komórki trzustki produkujące insulinę. Nie są do końca wyjaśnione wszystkie czynniki powodujące cukrzycę typu 1. Wiemy, że głównymi potencjalnymi winowajcami są uwarunkowania genetyczne, czynniki immunologiczne (powstawanie przeciwciał niszczących komórki trzustki) oraz środowisko zewnętrzne (infekcje wirusowe, zanieczyszczenia wody i pożywienia). Przy diagnozie cukrzycy

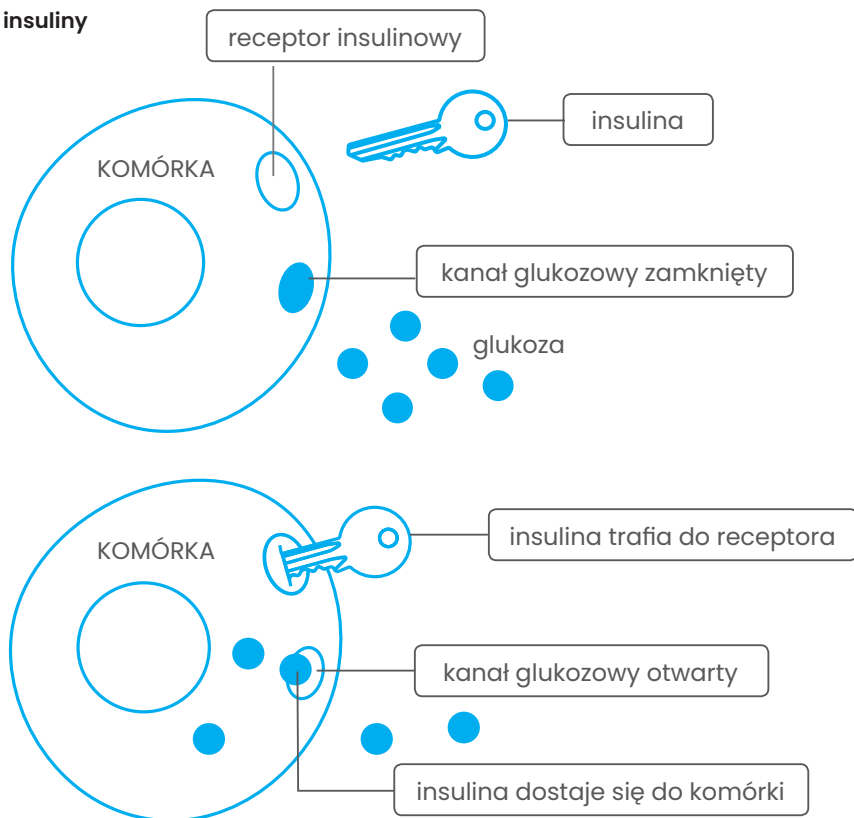
typu 1 dość często ujawnia się też niedobór witaminy D3. Jako czynnik inicjujący wskazuje się także stres.

Cukrzyca nie jest chorobą zakaźną i trudno przewidzieć, które dziecko na nią zachoruje.

Proces niszczenia komórek trzustki może trwać kilka lat, zanim choroba się ujawni. Jedynym sposobem leczenia cukrzycy



Działanie insuliny



typu 1 jest podskórne podawanie insuliny (w zastrzykach lub za pomocą osobistej pompy insulinowej), a więc od początku jest to **cukrzyca insulinozależna**.

Pierwsze objawy cukrzycy to częste oddawanie moczu, wzmożone pragnienie, chudnięcie, osłabienie, bóle mięśni, nóg, wahania stanu emocjonalnego, a także wynikająca z tego zauważalnie mniejsza aktywność.

Co odróżnia ją od cukrzycy typu 2? Na cukrzycę typu 2 chorują najczęściej ludzie dorośli. Ich leczenie polega w pierwszej kolejności na podawaniu doustnych środków obniżających poziom cukru we krwi.

Insulinoterapia jest zazwyczaj włączana na dalszym etapie choroby.

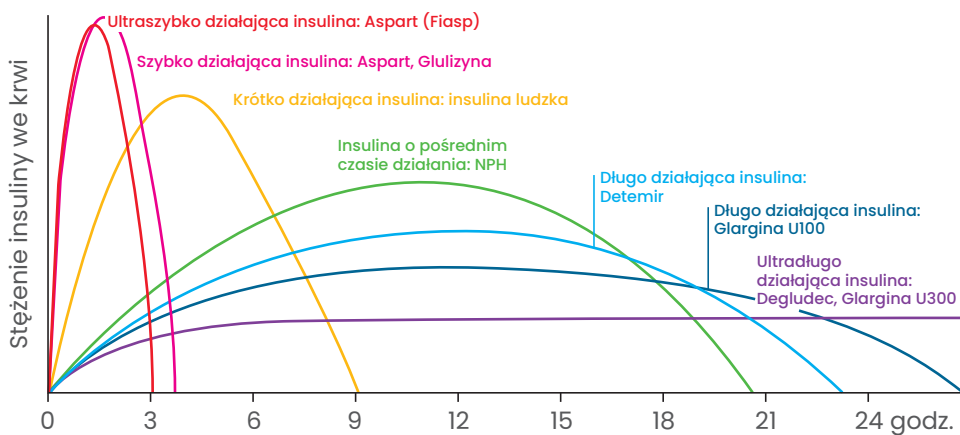
Insulina to hormon, który **obniża poziom cukru** (glukozy) we krwi poprzez wprowadzanie go do komórek naszego organizmu. W komórkach, w procesie spalania glukozy, powstaje potrzebna nam do życia energia. Insulina jest niezbędna do prawidłowej przemiany materii, reguluje gospodarkę węglowodanową, białkową oraz tę, która jest odpowiedzialna za zapasy energetyczne, czyli tłuszczową. Jest hormonem, którego obecność jest konieczna do prawidłowego rozwoju fizycznego dziecka oraz do jego dojrzewania.

Celem terapii cukrzycy typu 1 jest uzyskanie poziomów glikemii jak najbardziej zbliżonych do prawidłowych, przy jednoczesnym zachowaniu jakości życia chorego. Zasadnicze postępowanie terapeutyczne wobec dziecka chorego na cukrzycę polega na podawaniu insuliny, której organizm nie wytwarza sam. Schemat podawania tego hormonu stworzony jest tak, by jak najskuteczniej naśladować fizjologiczną pracę trzustki.

Nowoczesny sposób leczenia cukrzycy u dzieci i młodzieży to metoda **funkcjonalnej insulinoterapii** polegająca na tym, że częstotliwość podawania insuliny oraz jej ilość ma jak najbardziej odzwierciedlać fizjologiczną pracę zdrowej trzustki. Insulina podawana jest penami lub przy pomocy osobistej pompy insulinowej. Penami podajemy: **insulinę o długim czasie działania**: 1–2 razy na dobę (zastępuje ona podstawowe wydzielanie insuliny przez trzustkę) oraz **insulinę o szybkim i krótkim czasie działania** (zastępuje wydzielanie posiłkowe

i wstrzykiwana jest wielokrotnie w ciągu doby, w zależności od liczby przyjmowanych posiłków). Insulina krótkodziałająca służy również do korygowania zbyt wysokich poziomów cukru we krwi.

Nowoczesna intensywna insulinoterapia polega na podawaniu insuliny przy pomocy osobistej **pompy insulinowej** (ciągły podskórny wlew insuliny). Pompa insulinowa to niewielkie urządzenie – wielkości telefonu komórkowego – w którym umieszcza się zbiornik z insuliną i które posiada mikrokomputer wykonujący polecenia zaprogramowane przez człowieka.



Wykres przedstawiający działanie różnych rodzajów insuliny

Codziennie czynności wykonywane przez osobę chorującą na cukrzycę typu 1 lub opiekuna warunkują optymalne funkcjonowanie organizmu chorego. Te czynności to:

- kontrolowanie **poziomu cukru** (glukozy) we krwi wielokrotnie w ciągu doby, w szczególności przed posiłkami;
- dopasowanie **ilości podawanej insuliny** do wielkości i składu spożywanych posiłków oraz do aktualnego poziomu cukru we krwi;
- przygotowywanie **zbilansowanych posiłków** oraz określanie zawartej w nich ilości węglowodanów (w oparciu o system przeliczników gramowych lub wymienników węglowodanowych lub przeliczników kalorycznych) oraz białek i tłuszczów (system wymienników białkowo-tłuszczowych), a także uwzględnianie ich indeksu glikemicznego, czyli siły i szybkości wpływu tych posiłków na glikemię;
- regularne podejmowanie **wysiłku fizycznego** jako filaru normowania poziomu glikemii w organizmie.

Zarządzanie cukrzycą jest konieczne niezależnie od stosowanej metody leczenia insuliną. Leczenie przy pomocy osobistej pompy insulinowej nie zwalnia z dyscypliny i wnikliwej kontroli.

Na przyjęte zasady podawania insuliny wpływają również inne czynniki, które należy brać pod uwagę.

Różne stany emocjonalne, takie jak stres, strach czy radość, z reguły podnoszą poziom cukru we krwi. Wysiłek fizyczny zwiększa wrażliwość tkanek na insulinę i jest filarem terapii, ale może też doprowadzić do szybkiego spadku poziomu cukru we krwi. Gospodarka hormonalna, problem trudny szczególnie w okresie dojrzewania, także wpływa na wahania poziomu glukozy we krwi. **Korygując hiperglikemię, należy unikać hipoglikemii.**



3. Niezbędnik osoby z cukrzycą typu 1 w domu i poza nim

Terapia osoby z cukrzycą typu 1 wymaga ciągłej dostępności osprzętu medycznego i leków. Posiadanie **niezbędnika domowego** i regularne uzupełnianie zgromadzonych w nim zapasów pozwoli nam uniknąć stresu i komplikacji wynikających z nagłego braku któregoś z istotnych elementów terapii.

Niezbędnik domowy powinien zawierać:

- zbiorniki i zestawy infuzyjne (wkłucia) do pompy insulinowej + serter do zakładania wkłuc (urządzenie, który wprowadza wkłucie pod skórę) + baterie do pompy (dla osób leczonych przy pomocy pompy insulinowej);
- glukometr + paski do glukometru + nakłuwacz wraz z dodatkowymi igłami (dobrze mieć też glukometr i nakłuwacz zapasowy) + ładowarkę lub baterie do glukometru;
- sensory, transmitter, serter (urządzenie do umieszczania sensora pod skórą) i plastry lub taśmy do ich mocowania (jeśli korzystasz z systemu ciągłego monitorowania stężenia glukozy);
- insulinę krótko- i długodziałającą, peny i pasujące do nich igły;
- płyn do dezynfekcji miejsc iniekcji i sterylne gaziki;
- zapas glukozy, paski do mierzenia ketonów w moczu;
- glukagen.



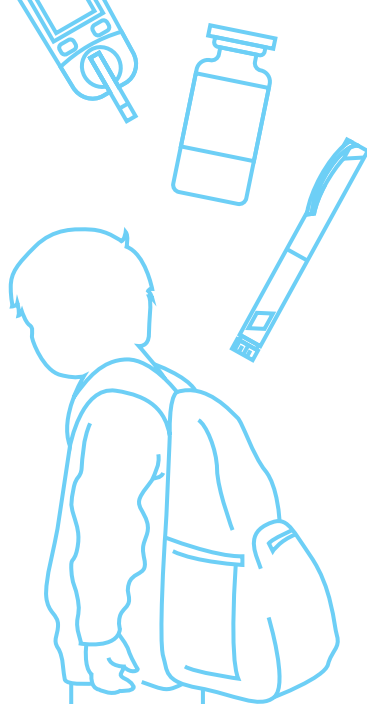
Wyberzmy **jedno miejsce**, najlepiej zamknęą szafkę, w której będziemy trzymać wszystkie potrzebne rzeczy. W lodówce warto wyznaczyć osobne miejsce na insulinę i glukagen. Jeśli mamy w domu ciekawskie maluchy, niech ta półka będzie wysoko, niedostępna dla małych rączek. Jeżeli miejsce to podzielimy na określone strefy, jeden rzut oka wystarczy, żeby zauważyć braki i uzupełnić zapasy.

Nigdy nie doprowadzamy do wyczerpania zapasów!

Wizyty u lekarza, podczas których otrzymamy recepty lub odnowimy zlecenia na osprzęt, umawiamy z takim wyprzedzeniem, by spokojnie móc je zrealizować przed wyczerpaniem się posiadanych zasobów. Warto też regularnie kontrolować datę ważności leków i najpierw wykorzystywać te z krótszą datą.

Od momentu diagnozy należy pamiętać o zaopatrywaniu dziecka przy każdym wyjściu z domu w kilka przedmiotów potrzebnych w terapii cukrzycy typu 1.

Najważniejsze z nich to **glukometr**, a także **glukagen** i **glukoza**, które ratują osobę z cukrzycą w sytuacji hipoglikemii przebiegającej z utratą przytomności. Spadki cukru – szczególnie na początku choroby, gdy pojawia się zjawisko remisji – są dość częste. Dlatego też glukometr, glukagen i glukoza powinny zawsze znajdować się w podręcznej torbie czy plecaku i wszędzie wędrować z dzieckiem z cukrzycą typu 1



i jego opiekunem. Warto przygotować osobną torebkę lub pudełeczko (np. śniadaniówkę), które łatwo będzie wyjąć, by sprawnie skorzystać z jego zawartości. Pamiętajmy o oddzieleniu glukozy od osprzętu (np. przy pomocy woreczka foliowego), aby ewentualne zmieszanie nie zaburzało wyników pomiaru glukometrem.

W glukozę i glukagen powinny być przez nas również zaopatrzone przedszkole czy szkoła (zob. rozdz. 11)!

Wszyscy domownicy i osoby opiekujące się dzieckiem poza domem powinni wiedzieć, jak zapewnić choremu dziecku bezpieczeństwo, korzystając z podstawowych sprzętów niezbędnych w terapii. Pamiętajmy, że glukagen powinien zawsze znajdować się pod ręką, czyli zarówno w plecaku dziecka, jak i dodatkowo w domu – w jednym, stałym miejscu (np. w lodówce).

4. E-recepty i e-zlecenia na wyroby medyczne

O sobom z cukrzycą typu 1 do ukończenia 26. roku życia przysługuje co 4 lata **pełna refundacja pompy insulinowej**. Pompy insulinowe przydzielają pacjentom ośrodki diabetologiczne, które nie podlegają rejonizacji (oznacza to, że można korzystać z pomocy dowolnie wybranego ośrodka diabetologicznego).

Osprzęt do pomp insulinowych oraz systemy ciągłego monitorowania stężenia glukozy refundowane są na następujących zasadach:

	Dla osób do 26. r.ż.	Dla osób po 26. r.ż.	Dla kobiet w ciąży
Wkłucia działające do 3 dni	- Refundacja 100% (pacjent/-ka nic nie płaci) 10 szt./miesiąc	- Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30% ceny) 9 zł/szt. 10 szt./miesiąc	- Refundacja 100% (pacjentka nic nie płaci) 10 szt./miesiąc
Wkłucia działające powyżej 7 dni	- Refundacja 100% (pacjent/-ka nic nie płaci) 26 szt./ 6 miesięcy	- Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30% ceny) 22,50 zł/szt. 26 szt./ 6 miesięcy	- Refundacja 100% (pacjentka nic nie płaci) 26 szt./ 6 miesięcy
Zbiorniki na insulinę	- Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30% ceny) 10 szt./miesiąc		

Zasady refundacji czujników „flash”/FGM:

Dzieci od 4. do 18. r.ż.	Osoby po 18. r.ż.	Kobiety w okresie ciąży lub połogu	Osoby niewidome lub niedowidzące
- Refundacja 80% (pacjent/-ka płaci 20%) 51 zł./ szt 13 szt./ 6 miesięcy	- Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30%) 76,50 zł./ szt 13 szt./ 6 miesięcy	- Refundacja 70% (pacjentka płaci 30%) 76,50 zł/ szt. 13 szt./ 6 miesięcy	- Refundacja 80% (pacjent/-ka płaci 20%) 51 zł/ szt. 13 szt./ 6 miesięcy

Dorośli, aby otrzymać refundację, muszą spełnić następujące warunki:

- zdiagnozowana cukrzyca typu 1 albo 3, albo inne typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę (intensywna insulinoterapia),
- ocena kontroli glikemii po upływie minimum 4 miesięcy od daty rozpoczęcia realizacji zlecenia, maksymalnie po 6 miesiącach; 2) TIR (time in range) w zakresie 70–180 mg/dl >70% czasu lub HbA1c poniżej 7,5%, lub inne indywidualnie określone cele terapeutyczne we współpracy z lekarzem;
- aktywność czujnika przez co najmniej 75% czasu w przedziale wynikającym z okresu użytkowania zrefundowanych czujników lub przedziale ostatnich 3 miesięcy w przypadku braku dostępu do pełnego okresu użytkowania ze względów technicznych;
- refundacja pasków do oznaczania glukozy we krwi średnio miesięcznie w liczbie nie większej niż 25 sztuk w okresie do 6 miesięcy poprzedzającym wystawienie kolejnego zlecenia, z wyłączeniem miesiąca, w którym nastąpiła realizacja pierwszego zlecenia, bez względu na liczbę zrefundowanych sensorów. W przypadku niespełniania warunków kontynuacji zlecenia ponowne zlecenie może być wystawione po upływie kolejnych 6 miesięcy kalendarzowych następujących po miesiącu zakończenia realizacji poprzedniego zlecenia.

Zasady refundacji sensorów CGM:

Sensory	Dla osób do 26. r.ż.	Dla osób po 26. r.ż.	Uwagi
Wymieniane co 6–7 dni	• Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30%) • 5 szt./ miesiąc	• Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30%) • 3 szt./ miesiąc	Cena sensorów dla osób do 26 r.ż. i po 26 r.ż. jest różna i zależy od kwoty limitu.
Wymieniane co 10–14 dni	• Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30%) • 3 szt./ miesiąc		
Wymieniane co 15 dni	nie dotyczy	• Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30%) • 2 szt./ miesiąc	

Aby uzyskać zlecenie na sensory CGM trzeba spełnić następujące warunki:

- mieć cukrzycę typu 1 albo 3
- być pacjentem wymagającym intensywnej insulinoterapii (min. 3 wstrzyknięcia dziennie)

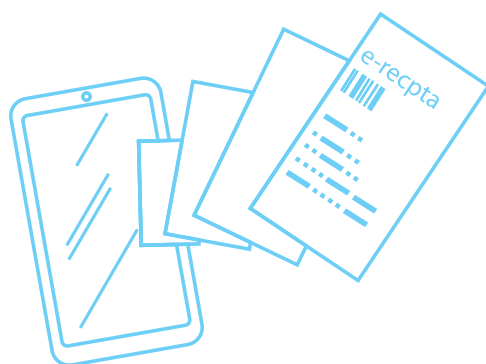
- być pacjentem z nieświadomością hipoglikemii
- zlecenie na sensory może być kontynuowane pod warunkiem, że w okresie ostatnich 6 miesięcy pacjent nie przekraczał limitu pasków testowych do glukometru.

Zasady refundacji transponderów:

Transponder	Dla osób do 26. r.ż.	Dla osób po 26. r.ż.	Uwagi
wymieniany co 3 miesiące	• Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30%) • 1 szt./ 3 miesiące		Cena transponderów dla osób do 26 r.ż. i po 26 r.ż. jest różna i zależy od kwoty limitu.
wymieniany rzadziej niż co 3 miesiące	• Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30%) • 1 szt./ 12 miesięcy		
wymieniane co 180 dni	• Refundacja 70% (pacjent/-ka płaci 30%) • 1 szt./6 miesięcy		

Zlecenia na osprzęt do pomp insulinowych oraz na systemy ciągłego monitorowania stężenia glukozy wystawiane są podczas stacjonarnej wizyty lekarskiej lub teleporady. Numer zlecenia potwierdza elektronicznie i przekazuje pacjentowi osoba, która je wystawia (nie trzeba go dodatkowo potwierdzać w NFZ). Zlecenie na wyroby przysługujące miesięcznie wystawiane jest na maksimum rok. **Nie można zrealizować zlecenia za miesiące, które już minęły.**

Na wizytę u lekarza POZ należy zabrać **zaświadczenie o cukrzycy typu 1**, wystawiane co rok przez diabetologa. **Aktualny stan przepisów** dotyczących refundacji znajduje się na stronie isap.sejm.gov.pl (szukamy ostatniego Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie).



Zlecenia na powyżej wymienione wyroby medyczne mogą być wystawione przez:

	Dla osób do 26. r.ż.	Dla osób po 26. r.ż.	Dla kobiet w ciąży
Wkłucia i zbiorniki	Lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie:		
	• diabetologii, pediatrii, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, endokrynologii, perinatologii, chorób wewnętrznych • lekarz POZ, pielęgniarka lub położna	• diabetologii, chorób wewnętrznych, endokrynologii • lekarz POZ, pielęgniarka lub położna	• diabetologii, położnictwa i ginekologii, endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości • lekarz POZ, pielęgniarka lub położna

	Dla osób do 26. r.ż.	Dla osób po 26. r.ż.
	Lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie:	
Sensory wymieniane co 6–7 dni	• chorób wewnętrznych, endokrynologii, diabetologii, ginekologii, pediatrii, perinatologii, kardiologii • lekarz POZ, pielęgniarka lub położna	• chorób wewnętrznych, endokrynologii, diabetologii, ginekologii, geriatrii, kardiologii • lekarz POZ, pielęgniarka lub położna
Transmitter wymieniany raz na 3 miesiące		
Sensory wymieniane co 10–14 dni	• chorób wewnętrznych, endokrynologii, diabetologii, ginekologii, pediatrii, perinatologii, kardiologii • lekarz POZ, pielęgniarka lub położna	• chorób wewnętrznych, endokrynologii, diabetologii, ginekologii, geriatrii, kardiologii • lekarz POZ, pielęgniarka lub położna
Transmitter wymieniany rzadziej niż raz na 3 miesiące		
	Dla osób po 26. r.ż.	
	Lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie:	
Sensory wymieniane co 15 dni (bez transmitera)	• diabetologii, endokrynologii, perinatologii chorób wewnętrznych, geriatrii, kardiologii, medycyny rodzinnej • lekarze POZ, lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie położnictwa i ginekologii	
	Dla osób po 18. r.ż.	
	Lekarze posiadający specjalizację w dziedzinie:	
Sensory wymieniane co 180 dni	• chorób wewnętrznych, endokrynologii, diabetologii, ginekologii, geriatrii, kardiologii • lekarz POZ, pielęgniarka lub położna	

5. Orzeczenia o niepełnosprawności

Cukrzyca typu 1 jest podstawą do orzeczenia o niepełnosprawności pacjenta. Orzeczenia wydają Miejskie lub Powiatowe Zespoły ds. Orzekania o Niepełnosprawności.

Orzeczenie jest konieczne, by korzystać z dofinansowań, ulg i uprawnień w zakresie:

- zatrudnienia i rehabilitacji zawodowej;
- rehabilitacji społecznej (warsztaty terapii zajęciowej, turnusy rehabilitacyjne);
- zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne ułatwiające funkcjonowanie;
- podatków, opłat komunikacyjnych i radiowo-telewizyjnych;
- usług socjalnych, opiekuńczych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych, świadczonych przez instytucje pomocy społecznej, organizacje pozarządowe oraz inne placówki;
- świadczeń rodzinnych związanych z niepełnosprawnością oraz zasiłków z pomocy społecznej.

Sam fakt posiadania orzeczenia nie jest równoznaczny z przyznaniem ulg, świadczeń i uprawnień. By je otrzymać, należy składać odpowiednie wnioski.

Zespoły orzekające orzekają o:

- Niepełnosprawności – w przypadku osób do 16. r.ż.;
- Stopniu niepełnosprawności – w przypadku osób po 16. r.ż.:
 - stopień lekki (istotne obniżenie zdolności do wykonywania pracy, ograniczenie w pełnieniu ról społecznych),
 - stopień umiarkowany (wymaga pomocy w czynnościach samoobsługowych, procesie leczenia, rehabilitacji, edukacji, pełnieniu ról społecznych),
 - stopień znaczny (wymaga opieki i udzielania pomocy, również w pełnieniu ról społecznych, niezdolność do pracy – całkowita zależność osoby od otoczenia).

Aby otrzymać orzeczenie o niepełnosprawności, należy złożyć w Powiatowym/Miejskim Zespole ds. Orzekania o Niepełnosprawności wniosek o jego wydanie. Do wniosku dołą-

czamy: zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia dziecka wydane specjalnie na potrzeby Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności (ważne 30 dni), dokumentację medyczną (historię choroby, karty informacyjne leczenia szpitalnego, wyniki dodatkowych badań diagnostycznych, konsultacje specjalistyczne itp.) oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na ustalenie niepełnosprawności.

Następnie czekamy na **posiedzenie zespołu orzekającego**, na które stawiamy się z dzieckiem, chyba że jego stan uniemożliwia stawianictwo. Wtedy zespół może odbyć posiedzenie w miejscu pobytu dziecka lub podjąć decyzję na podstawie samej dokumentacji medycznej (bez badania dziecka).

W otrzymanym orzeczeniu szczególne znaczenie mają następujące punkty we wskazaniach:

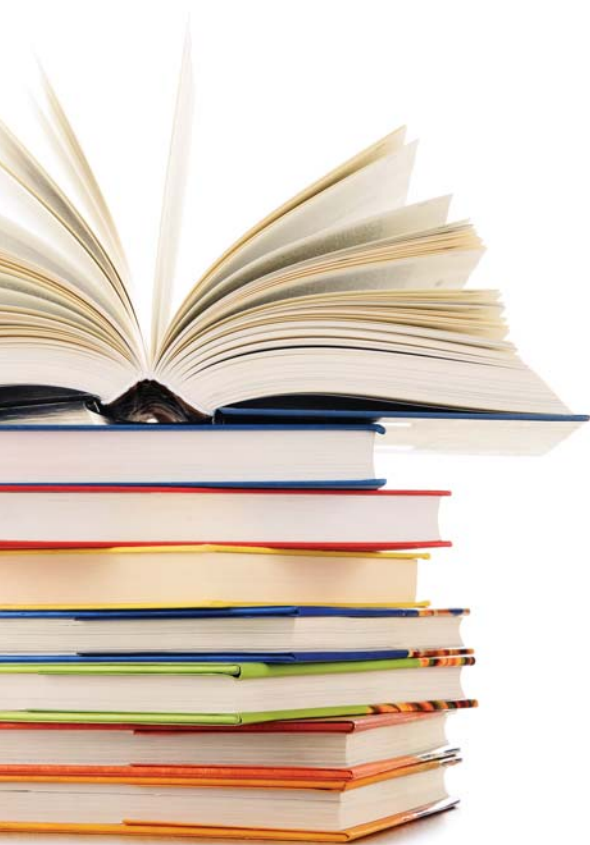
- **Punkt 5** („konieczności zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze oraz pomoce techniczne, ułatwiające funkcjonowanie danej osoby”) – umożliwiające realizację zleceń na osprzęt do pompy insulinowej oraz urządzenia do monitoringu glikemii;
- **Punkt 7** („konieczności stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji”);
- **Punkt 8** („konieczności stałego współdziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji”).

Po otrzymaniu orzeczenia o niepełnosprawności, można ubiegać się o zasiłek pielęgnacyjny. Punkty 7 i 8 w orzeczeniu uzyskane łącznie umożliwiają wnioskowanie o przyznanie świadczenia pielęgnacyjnego (więcej na ten temat w rozdz. 15). Dają również możliwość otrzymania zlecenia na zwiększoną (według uznania lekarza) ilość wyrobów medycznych refundowanych przez NFZ. Zapis w Ustawie „Za życiem” umożliwia również szybsze umówienie wizyty u lekarzy specjalistów.

Zmiana orzeczenia przed upływem terminu może nastąpić na podstawie wystąpienia nowych okoliczności zdrowotnych. Ciągłość statusu osoby niepełnosprawnej po wygaśnięciu starego orzeczenia, a przed wydaniem nowego trwa na podstawie daty orzeczenia zawartej w nowym orzeczeniu lub wzmianki, że niepełnosprawność trwała nieprzerwanie. Warto pamiętać aby nowy wniosek o wydanie orzeczenia złożyć przed upływem ważności obowiązującego orzeczenia.

Orzeczenie o niepełnosprawności nie jest jednoznaczne z orzeczeniem o niezdolności do pracy (o którym decyduje ZUS). Orzeczenie o niepełnosprawności nie jest też jednoznaczne z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego (o którym decyduje poradnia psychologiczno-pedagogiczna).

6. Edukacja diabetologiczna



Skuteczna terapia cukrzycy typu 1 wymaga nabycia oraz **systematycznego uaktualniania wiedzy** pacjenta i jego opiekunów o diabetologicznych rozwiązaniach terapeutycznych.

Pierwsze kompleksowe szkolenie w tym zakresie odbywa się na oddziale diabetologicznym tuż po diagnozie. Biorą w nim udział opiekunowie pacjenta oraz – w zależności od wieku – sam pacjent. Warto, by w tego rodzaju szkoleniu wzięły też udział inne osoby z otoczenia pacjenta (np. rodzeństwo, dziadkowie itp.), by dzięki świadomości wymagań i zagrożeń, jakie niesie ze sobą choroba, mogły one aktywnie wspierać pacjenta i jego najbliższych opiekunów w nowo zaistniałej sytuacji życiowej.

Lekarze diabetolodzy, pielęgniarki, edukatorzy diabetologiczni, dietetycy oraz psycholodzy przekazują niezbędną podstawową wiedzę, pozwalającą pacjentowi i jego rodzinie na samodzielne funkcjonowanie w zakresie terapii cukrzycy po opuszczeniu oddziału diabetologicznego.

Na dalszych etapach terapii pacjent i jego opiekunowie wielokrotnie staną wobec potrzeby powtórzenia, zaktualizowania lub pogłębienia wiedzy diabetologicznej nabytej na oddziale przy diagnozie.

Potrzeba ta wynika z pojawiających się nowinek terapeutycznych (np. nowych rodzajów insuliny, nowych systemy ciągłego monitorowania stężenia glukozy lub nowoczesnych pomp insulinowych itp.), z konieczności poszerzania wiedzy o nowe obszary z uwagi na zmianę sytuacji terapeutycznej (np. stosowanie bolusów przedłużonych na białka i tłuszcze) albo ze zmieniających się wraz z wiekiem potrzeb pacjenta (np. większa samodzielność dziecka w szkole, na wakacjach itp.).

Pacjent i jego opiekunowie mają możliwość zdobywania i pogłębiania wiedzy o terapii cukrzycy typu 1 biorąc udział w:

- szkoleniach na oddziałach i w poradniach diabetologicznych. Szkolenia można odbyć w dowolnym, uzgodnionym z lekarzem momencie (nie tylko przy diagnozie);
- szkoleniach na konkretne tematy (np. dietetyczne, technologiczne itp.), organizowanych przez organizacje pozarządowe (fundacje, koła, stowarzyszenia), dostępnych zarówno w formie stacjonarnej, jak i zdalnej;
- szkoleniach i grupach wsparcia, realizowanych w ramach rodzinnych turnusów rehabilitacyjnych oraz kolonii dla dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1.
- oraz korzystając ze sprawdzonych platform e-learningowych (np. „Kurs na cukrzycę” Macieja Łysiaka)





7. Żywnienie w cukrzycy – zdrowo, ale czy na diecie?

Słowo „dieta” ma negatywny wydźwięk, zwykle kojarzy nam się jakimś ograniczeniem, nieprzyjemnym obowiązkiem. W kontekście cukrzycy nie jest to najwłaściwsze podejście. Cukrzyca to choroba na całe życie, a perspektywa ciągłych restrykcji żywieniowych jest obciążająca. Czy to oznacza, że możemy jeść tak, jak przed diagnozą? Tak, ale tylko w sytuacji, gdy dotychczas żywiliśmy się zdrowo. Dodatkowo musimy zwracać uwagę na kilka elementów, o których za chwilę.

Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) osoby chore na cukrzycę powinny przestrzegać tych samych zasad żywienia, które są skierowane do ludzi zdrowych.

I to jest baza, podstawa żywienia w cukrzycy. Nie myślimy o naszym jedzeniu w kategoriach specjalnej i wymagającej diety, ale o naszych **nawykach żywieniowych** – o ich modyfikacji i ulepszaniu. Tak, by pozwoliły nam one funkcjonować w dobrym zdrowiu mimo towarzyszącej nam choroby przewlekłej.

Pomagać ma nam w tym **regularność posiłków** i **brak podjadania** pomiędzy nimi. Dążymy do spożywania 4–5 posiłków dziennie o względnie stałych porach (co 3–4 godziny). To ważny element zarówno w kontekście dobrych glikemii, jak i utrzymania prawidłowej masy ciała. Na co jeszcze powinna zwracać uwagę osoba z cukrzycą?



Po pierwsze – odpowiednie proporcje

Chcąc się właściwie odżywiać, powinniśmy kierować się zasadą tzw. **talerza zdrowego żywienia**. Chodzi w niej o to, by każdy nasz talerz, czyli posiłek, zawierał produkty z określonych grup. Co więcej – produkty te powinny występować w odpowiednich proporcjach.

Wyobraźmy sobie, że mamy przed sobą talerz. Jego połowę powinny zajmować warzywa i owoce, ćwierć – produkty zbożowe, a ostatnią ćwierć – produkty białkowe.



To absolutna podstawa. Zachowując odpowiednie proporcje, mamy większą szansę na prawidłowe zbilansowanie diety, a zwłaszcza odpowiednią podaż węglowodanów, na które w cukrzycy powinniśmy zwracać szczególną uwagę.

Warzywa i owoce zajmują największą część talerza, i to one powinny dominować w naszej diecie. Co ważne – warzyw powinno być zdecydowanie więcej niż owoców. Najkorzystniej jest, gdy produkty z tej grupy nie są przetworzone i spożywamy je na surowo.

Wybierając produkty z tej grupy, pamiętajmy o:

- **różnorodności** – nie ograniczajmy się do kilku rodzajów warzyw i owoców, im bardziej różnorodnie, tym lepiej; wybierajmy warzywa i owoce w różnych kolorach (każdy kolor to inne składniki aktywne);
- **sezonowości** – wykorzystujmy porę na dany owoc czy warzywo, gdyż produkty sezonowe mają najkorzystniejszą wartość odżywczą, są najsmaczniejsze i najtańsze. Czy wobec tego w zimie nie musimy aż tak bardzo skupiać się na warzywach i owocach? Nie. Żadna pora roku nie zwalnia nas z prawidłowego bilansowania naszych posiłków. W zimie korzystajmy z warzyw korzeniowych, nie zapominajmy o mrożonkach i kiszonkach, a w sklepie wybierajmy to, co jest dostępne.



Niestety, na naszych talerzach często brakuje **warzyw**. Ważne jednak jest, by się nie zniechęcać i dążyć do celu stopniowo, metodą małych kroków. Zacznijmy od kilku dodatkowych plasterków pomidora na kanapce i dodatkowej łyżki surówki do obiadu. Sukcesywnie zwiększajmy te ilości, aż dojdziemy do niezbędnego minimum.

Kolejna składowa naszego talerza to **produkty zbożowe**. Jeżeli chodzi o zasadę, którą powinniśmy kierować się w ich wyborze, to po prostu ma być jak najbardziej razowo i naturalnie. Produkty zbożowe wytworzone z pełnego ziarna dostarczają większych ilości witamin, składników mineralnych i błonnika pokarmowego w porównaniu do ich jasnych odpowiedników



(tzn. produktów z oczyszczonego ziarna). Dodatkowo mają one niższy indeks glikemiczny, co w przypadku cukrzycy ma ogromne znaczenie. Komponując nasze posiłki, wybierajmy więc pieczywo razowe, pełnoziarniste lub graham, gruboziarniste płatki zbożowe (nie błyskawiczne!), otręby, grube kasze (gryczaną, jęczmienną, pęczak, owsianą, bulgur), brązowy ryż, razowe makarony. Jeżeli zaś chodzi o mąkę, najlepsza będzie ta o wysokim typie (typ 1850, 2000, 3000).

Ostatnią część talerza stanowią **produkty białkowe**. W tej grupie znajdują się mleko i przetwory mleczne, mięso, drób, ryby, jaja, nasiona roślin strączkowych, orzechy i pestki. Warto przypomnieć o konieczności ograniczania spożycia mięsa czerwonego i jego przetworów na rzecz drobiu, ryb (najlepiej tłustych i morskich) oraz strączków. Zwracajmy uwagę, by tłuszczów zwierzęcych w diecie było jak najmniej. Wybierajmy także chudsze produkty (np. schab zamiast karkówki, ser ricotta zamiast mascarpone). Potrawy wzbogacajmy o tłuszcze roślinne.



Po drugie – korzystne węglowodany

Węglowodany dzielimy na cukry proste oraz węglowodany złożone. Cukry proste to glukoza, galaktoza i fruktoza, natomiast w ramach węglowodanów złożonych wyróżniamy m.in. dwucukry (sacharozę, maltozę, laktozę), skrobię oraz błonnik pokarmowy.

Zgodnie ze światowymi zaleceniami w cukrzycy powinniśmy ograniczać węglowodany łatwo przyswajalne, tzn. cukry proste i dwucukry.

Pozostałe są dla nas korzystne, niemniej ważne jest, by spożywać je w odpowiednich ilościach.

Jakie produkty są głównym źródłem węglowodanów łatwo przyswajalnych?

- cukier, zarówno buraczany, jak i trzcinowy (rafinowany i nie),
- miód,
- słodycze,
- soki, napoje słodzone,
- pieczywo cukiernicze (m.in. chałki, drożdżówki, pączki),
- słodzone zbożowe produkty śniadaniowe (np. słodkie płatki śniadaniowe, granole, muesli),
- przetwory owocowe (np. owoce w syropach, dżemy),
- słodzone przetwory mleczne (np. mleko smakowe, jogurty owocowe, słodkie serki homogenizowane, desery mleczne).



Wymienione produkty należy ograniczać. Dobra wiadomość jest taka, że zawsze możemy poszukać dla nich zdrowszych alternatyw. Obecnie na rynku żywnościowym obserwujemy wzmożone zainteresowanie kwestią zdrowotności produktów. Znaleźnienie na półce sklepowej jogurtu owocowego bez cukru nie jest problemem. Co jeszcze możemy zrobić? Przygotować coś samodzielnie. Zamiast słodkiego serka z kolorową posypką podajmy dziecku naturalny serek homogenizowany posłodzony np. ksylitolem z dodatkiem otrębów i owoców liofilizowanych.

Po trzecie – niski (średni) indeks i ładunek glikemiczny

Indeks glikemiczny to wskaźnik, który pokazuje nam, jak zachowa się cukier we krwi po spożyciu danego produktu.

Niski indeks glikemiczny oznacza, że spożyty produkt wchłania się powoli i wywołuje łagodny wzrost glukozy we krwi. Wysoki IG jest równoznaczny z gwałtowną odpowiedzią glikemiczną – glikemia rośnie szybko i osiąga wyższy poziom. Czym od indeksu różni się ładunek glikemiczny? Zależy on od ilości spożytego produktu.

W naszym żywieniu powinniśmy opierać się głównie na produktach o niskim i średnim indeksie glikemicznym. Myśląc o ładunku glikemicznym, bierzemy pod uwagę ilość produktu węglowodanowego, którą chcemy zjeść. Gdy jakiś produkt (np. kasza jagłana) ma wysoki IG, to zjadamy go mniej – w ten sposób uzyskujemy niski ładunek.

Pamiętajmy, że indeks glikemiczny można modyfikować.

Pierwszym krokiem do utrzymania niskiego indeksu i ładunku glikemicznego diety jest komponowanie posiłków zgodnie z założeniami tzw. talerza zdrowego żywienia.

Pieczywo żytnie na zakwasie jest zalecanym produktem w diecie osób z cukrzycą. Cechuje się niskim indeksem glikemicznym, a przy tym zawiera również witaminy z grupy B, magnez, żelazo i selen.



Co obniża IG potraw?

- **tłuszcz** (dodatek oleju roślinnego lub oliwy z oliwek),
- **białko** (produkty będące źródłem białka, np. kurczak, ser twarogowy),
- **błonnik pokarmowy** (warzywa do każdego posiłku, spożywanie nasion roślin strączkowych, wzbogacanie potraw o orzechy, ziarna, nasiona),
- **kwasy organiczne** (kiszonki, fermentowane produkty mleczne, np. kefir, jogurt, przyprawianie potraw sokiem z cytryny, octem jabłkowym),
- **odpowiednia obróbka kulinarna** (nacisk na surową formę produktów, krótka obróbka termiczna, gotowanie *al dente*, jedzenie produktów w całości – bez rozdrabniania).

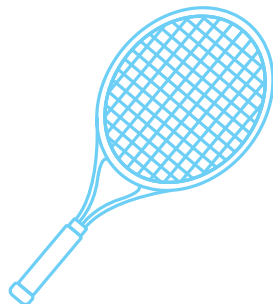


O czym jeszcze nie możemy zapomnieć? Wszystko, co naturalne i nieprzetworzone, będzie cechowało się niższym indeksem glikemicznym. Znaczenie ma także zawartość **skrobi odpornej**, która powstaje w produktach węglowodanowych pod wpływem przechowywania. W praktyce oznacza to, że chleb czy kasza spożyte na drugi dzień po przygotowaniu będą powodowały łagodniejszą odpowiedź glikemiczną. Kupując owoce, wybierajmy te **mniej dojrzałe**. Jeżeli chodzi o spożywanie posiłków, nie spieszymy się, jedzmy powoli, dokładnie przeżuвайmy – trawienie i wchłanianie pokarmu będzie wówczas

spowolnione, tak jak tempo wydzielania glukozy do krwi.

Ważne jest, aby na koniec podkreślić, że tylko zastosowanie wszystkich wymienionych zasad jednocześnie ma sens. Wybór czegoś w tym przypadku może spowodować, że niewiele osiągniemy w zakresie dobrych glikemii, a tym samym – w obszarze naszego zdrowia. Zdrowy sposób odżywiania wspierający nasze leczenie, ale także dobrze dopasowany do nas i nadmiernie nieobciążający, to **klucz** do utrzymania właściwego balansu w naszym cukrzycowym życiu.

8. Cukrzyca a sport



Wysiłek fizyczny to obok insulino-terapii oraz prawidłowego odżywiania jeden z **kluczowych filarów** terapii cukrzycy typu 1. Ruch przyspiesza przemianę materii, pomaga utrzymać prawidłową masę ciała oraz zwiększa wrażliwość tkanek na insulinę.

Wysiłek fizyczny działa również antystresowo (poprzez utrzymywanie prawidłowych poziomów glikemii) oraz antydepresyjnie.

Społeczne, towarzyskie i integracyjne aspekty uprawiania sportu także są nie do przecenienia.

Cukrzyca nie jest przeciwwskazaniem do podejmowania ani wysiłku tlenowego (czyli wytrzymałościowego, aerobowego, podczas którego spalanie glukozy i tłuszczu jest wolniejsze, ale bardziej energochłonne), ani beztlenowego (inaczej zwanego oporowym lub anaerobowym, bardziej intensywnego, ale i krótszego niż tlenowy). Zawsze jednak należy zachować ostrożność, by nie dopuścić do ewentualnej hipoglikemii. Należy również pamiętać, że zwiększona wrażliwość tkanek na insulinę potrafi utrzymywać się do kilkunastu godzin po zakończeniu

wysiłku, co również może przyczynić się do późnych hipoglikemii.

Optymalna wartość glikemii przed rozpoczęciem i w trakcie aktywności fizycznej powinna zawierać się w przedziale 120–180 mg/dl dla wysiłku tlenowego i 90–180 mg/dl dla wysiłku beztlenowego. Nie należy rozpoczynać wzmożonej aktywności ani w sytuacji hipoglikemii (z uwagi na ryzyko utraty przytomności wskutek przyspieszonego spalania glukozy), ani przy przedłużającej się hiperglikemii niewiadomego pochodzenia (ponieważ potencjalny brak insuliny w organizmie uniemożliwi spalanie glukozy, a w konsekwencji – dostarczenie ciała energii).



W czasie wysiłku należy mieć stały dostęp do łatwo przyswajalnych węglowodanów oraz regularnie kontrolować poziom glikemii.

W przypadku niektórych osób i pewnych rodzajów wysiłku fizycznego (głównie aerobowego) dobrze sprawdza się obniżenie dawki bazowej insuliny (gdy korzystamy z pompy insulinowej) na czas trwania wysiłku, a także na kilka godzin po jego zakończeniu. Problemатyczne natomiast mogą okazać się sytuacje, w związku z którymi na dłuższy czas (np. kilka godzin) trzeba odpiąć pompę insulinową (np. sporty wodne). Należy wówczas rozważyć podawanie insuliny za pomocą pena, by nie dopuścić do sytuacji braku insuliny w organizmie.

Istnieje wiele form aktywności, które pozwalają dzieciom z cukrzycą w bezpieczny sposób podejmować wysiłek fizyczny. Są to przede wszystkim lekcje wychowania fizycznego w szkołach.

Cukrzyca nie stanowi podstawy do stałego zwolnienia dziecka z uczestnictwa w lekcjach WF.

Dobrze sprawdzają się również sportowe zajęcia dodatkowe, takie jak piłka nożna, tenis, pływanie, sporty walki. Nauczyciele wychowania fizycznego i trenerzy spor-

towi na ogół dysponują wiedzą na temat gospodarki energetycznej w organizmie człowieka w sytuacji uprawiania sportu, ale warto też przekazać im podstawowe zasady i wymagania „cukrzycowe” dziecka przy danej dyscyplinie sportowej.

W sezonie wakacyjnym i w czasie ferii zimowych warto skorzystać z oferty wyjazdów organizowanych dla dzieci z cukrzycą.

Tego typu zorganizowane turnusy czy obozy obfitują w zajęcia rekreacyjne i sportowe, które nie tylko zapewniają uczestnikom odpowiednią dawkę ruchu, ale stanowią też idealną okazję do integracji z rówieśnikami zmagającymi się cukrzycą (patrz rozdz. 9).

Stanowią one również doskonałą szansę na zgłębienie przez dziecko zasad zarządzania cukrzycą przy wysiłku fizycznym, **pod okiem wykwalifikowanej kadry medycznej i edukatorów diabetologicznych.**



9. Wypoczynek i integracja

Wyoczynek to absolutna konieczność. To jeden z filarów zdrowia. Ale czy można odpocząć, jeśli mamy pod opieką dziecko z cukrzycą? W tej chwili być może nie wyobrażacie sobie takiej możliwości. Czuwanie w dzień i w nocy nad bezpieczeństwem dziecka to praca bez wytchnienia.

Szukajmy wsparcia w rodzinie, znajomych. Przeszkolenie najbliższych, nauczanie ich podstawowych zasad funkcjonowania dziecka z cukrzycą da nam możliwość złapania oddechu, nabrania siły do

codziennych działań. Oprócz zadbania o odpoczynek codzienny, warto również zaplanować dłuższy – wakacyjny.

Dobłą formą wypoczynku zarówno dla dziecka, jak i całej rodziny, jest udział w turnusie rehabilitacyjnym.



Turnusy te mają zarówno formę **kolonii**, gdzie dziecko pozostaje pod opieką wykwalifikowanej kadry wychowawczej i medycznej, jak i **turnusów rodzinnych**, na które dziecko jedzie z opiekunem. Obie te formy to doskonała okazja nie tylko do wypoczynku, ale również do integracji, pogłębienia wiedzy, wymiany doświadczeń.

Turnusy rehabilitacyjne organizują głównie fundacje i innego rodzaju organizacje świadczące pomoc osobom z cukrzycą.

Kolonie i zimowiska to wspaniała okazja dla dzieci i młodzieży na odpoczynek, poznanie koleżanek i kolegów. Otwierają one młodych ludzi na zaakceptowanie choroby, na większą samodzielność. Dzieci **przełamują swoje lęki** (skoro kolega potrafi zrobić wkłucie, to dlaczego ja miałbym nie umieć?). Pod opieką sprawdzonej kadry medycznej i opiekuńczej czują się **bezpiecznie** w środowisku osób borykających się z podobnymi problemami. Na kolonii nikogo nie dziwi odgłos alarmu pompy czy widok osoby dokonującej pomiaru glikemii. Na samodzielne kolonie, które również dają rodzicom czas na odpoczynek, wyjeżdżają dzieci **już od 9. roku życia**.

Dla młodszych dzieci odpowiednią formą wypoczynku będą **turnusy rodzinne** z opiekunem. Opiekunami mogą być nie tylko rodzice, ale również dziadkowie lub pełnoletnie rodzeństwo. Jest to wyjątkowa okazja poznania rodzin z podobnymi doświadczeniami z całej Polski. Nie do przecenienia jest rola integracji z innymi uczestnikami takich wyjazdów. Owocuje ona potem **całorocznym wsparciem** oso-



bistym lub telefonicznym. Kto nas zrozumie lepiej niż rodzic, który – tak jak my – ma dziecko chore z cukrzycą?

Jeśli dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności, można ubiegać się o **dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego** dla samego dziecka (kolonie) lub dziecka z opiekunem (turnusy rodzinne) – patrz rozdz. 16.

W twojej okolicy dobrze jest poszukać także innych **rodzin z dziećmi chorującymi na cukrzycę** – o ile na początku jeszcze sobie tego nie wyobrażasz, to z czasem wzajemne wizyty dzieci czy wspólne wyjazdy mogą okazać się strzałem w dziesiątkę. Dlaczego nie wysłać dziecka do koleżanki lub kolegi na noc, skoro wiemy, że ten drugi rodzic zajmie się Twoim dzieckiem tak jak swoim? Dla dziecka to wyjątkowa przygoda, a dla rodzica – chwila wytchnienia od nocnego czuwania.

10. Emocje towarzyszące chorobie

Na początku zawsze jest szok. Szok ten – wywołany diagnozą, blokujący rozumienie i percepcję sytuacji – wynika z trudności organizmu z poradzeniem sobie z otrzymaną informacją. Rozpoznanie cukrzycy typu 1 u dziecka jest zbyt silnym bodźcem, aby umysł mógł przyjąć go ze spokojem. Kiedy szok opadnie, zaczynają się szkolenia na temat samej choroby, sposobu leczenia, znaczenia insuliny, przeliczania posiłków...

Jeszcze człowiek nie doszedł do pełnej równowagi, a już musi opanować wiedzę teoretyczną i praktyczną o cukrzycy, od której zależy, jak się okazuje, nie tylko wypis ze szpitala, ale przede wszystkim zdrowie i życie dziecka.



W trakcie hospitalizacji, pomimo różnych niewygód, zarówno dziecko, jak i rodzic czują się bezpieczni – zawsze znajdzie się ktoś, kogo można o coś zapytać, kto zauważy, że z dzieckiem coś się dzieje, połączy zachowanie z objawami niedocukrzenia czy przecukrzenia, wytłumaczy nową sytuację.

W placówce są również inni rodzice – niektórzy, tak jak Ty, niedawno dowiedzieli się o chorobie dziecka, inni są już doświadczeni i uspokajają, że też kiedyś zaczynali, a teraz sobie radzą, pokazując, że **cukrzycę można ośwoić**.

Na początku – kiedy szaleją w nas emocje albo czujemy pustkę – trudno nam cokolwiek zrozumieć i uwierzyć, że to wszystko dzieje się naprawdę. Pojawiają się wątpliwości, czy to na pewno cukrzyca, czy nie nastąpiła jakaś pomyłka w laboratorium. Odczuwamy złość na niesprawiedliwy los, że sprowadził na nasze dziecko chorobę. Im dłużej zaś trwają szkolenia, tym silniejszy rośnie w nas lęk, czy poradzimy sobie z tą nową, obcą sytuacją. W zależności od naszego temperamentu, a także tego, jakie mamy doświadczenia życiowe i czy wspiera nas rodzina i otoczenie, mogą pojawić się w nas różne emocje o rozmaitym nasileniu. Trzeba mieć to na uwadze, wchodząc w interakcje z osobami z bliższego i dalszego otoczenia (zarówno z członkami rodziny, jak i chociażby obcymi napotkanymi w szpitalu). Czasami trudno wydobyć z siebie tolerancję i zrozumienie, jeśli ich sposób przeżywania tej sytuacji różni się w dużym stopniu od naszego.

W końcu przychodzi dzień wypisu ze szpitala – dzień, w którym trzeba porzucić bezpieczeństwo, jakie oferuje oddział, i zmierzyć się z rzeczywistością.

Lęk, złość i smutek w sytuacji, kiedy rodzicowi wydaje się, że przestaje być zwykłym rodzicem, a staje się lekarzem swojego dziecka, jest naturalny. Trzeba jednak zawsze pamiętać – rodzic dziecka z cukrzycą nadal jest rodzicem, a nie lekarzem, nawet jeśli przypadkiem się zdarzy, że ma wykształcenie medyczne. Każdy ma prawo nie wiedzieć, nie rozumieć czegoś, z czym nie miał do czynienia. Nawet jeżeli ktoś zdobył trochę wiedzy, może nie być pewny siebie, bo nie ma doświadczenia. A to zdobywa się z czasem. Na początku każda osoba ma jedynie wyobrażenie, jak życie z cukrzycą może wyglądać – nie wie, jaka jest rzeczywistość. I ma do tego prawo.

Większość rodziców i dzieci wyobraża sobie, że trzeba będzie dużo zmienić w codziennym życiu, zrezygnować z wielu przyjemności, szczególnie tych związanych z wyjazdami i jedzeniem. Lęk przed hipo-



glikemią i późnymi powikłaniami podsyca takie wyobrażenie o funkcjonowaniu rodziny dziecka z cukrzycą. Zazwyczaj na początku osiągnięcie poczucia bezpieczeństwa staje się priorytetem, a wszelkie działania podejmowane są bardzo ostrożnie.

Pierwsze tygodnie po hospitalizacji trzeba uznać za czas przyswajania nowych umiejętności, a także uczenia się na nowo własnego dziecka.

Głębokie rozpoznanie, w jaki sposób dziecko reaguje na różne sytuacje związane z odżywianiem, aktywnością fizyczną czy stresem, skutkuje większym prawdopodobieństwem lepszego wyrównania metabolicznego. Daje też większe poczucie swobody. Przeważająca część nastolatków z dłuższym stażem chorowania twierdzi, że cukrzyca niewiele zmieniła w ich życiu – dlatego warto jeszcze przed wyjściem ze szpitala zastanowić się, jak wiadomości zdobyte w trakcie szkolenia przełożyć na codzienność, jak wykorzystać



doświadczenia z dotychczasowego trybu życia do sprawnego włączenia wymagań związanych z zarządzaniem cukrzycą do naszej rutyny.

Informacje, jakie otrzymuje się w szpitalu, są tak ogólne, jak książki o prawidłowym rozwoju dziecka. Warto zadawać konkretne pytania, nawet jeśli boimy się oceniania, a nasze wątpliwości wydają się nam śmieszne. Lepiej szukać odpowiedzi u profesjonalisty niż w Internecie, gdzie



zgodność z wiedzą medyczną może pozostawiać wiele do życzenia.

Nauka wiąże się z możliwością popełnienia błędu.

I na pewno się zdarzy, że pojawią się odbiegające od zalecanych poziomu cukru we krwi, tym bardziej że dziecko będzie podejmować inne aktywności i odżywiać się inaczej niż w szpitalu. Niewątpliwie wizja powikłań w przyszłości i poczucie winy rodziców za ich spowodowanie podwyższają poziom lęku i stresu. Zwiększają też tendencję do łączenia z cukrzycą każdego zachowania dziecka, np. kłótni z kolegą. Mogą też nasilać kontrolę rodzicielską, a przez to ograniczać samodzielność dziecka.

Bo kto inny pomoże mojemu dziecku? Takie pytanie na pewno pojawia się w głowie każdego rodzica. Niejednokrotnie przyjdzie nam się mierzyć z budzącą złość niewiedzą otoczenia i tłumaczeniem, że na cukrzycę chorują także dzieci, a typ 1 choroby nie ma związku z dietą. Tłumaczenie jest ważne, bo im więcej osób będzie wiedziało o chorobie dziecka, tym będzie ono bezpieczniejsze, ale jeszcze ważniejsze jest pokazywanie, na czym polega zarządzanie tą chorobą. Oznacza to walkę z własnym wstydem (a ten pojawia się w połączeniu z poczuciem winy za spowodowanie choroby) oraz wiąże się z podjęciem wysiłku związanego z uczestnictwem dziecka w różnych aktywnościach. Jeśli rodzice postarają się nie pokazywać nadmiernych obaw, pomoże to dziecku



ku powrócić do stylu życia i aktywności sprzed rozpoznania cukrzycy.

Dzieci przeżywają podobne emocje jak dorośli, ale z uwagi na m.in. wiek różnie je okazują. Może pojawić się znacząca różnica pomiędzy przeżywaniem rodzica i przeżywaniem dziecka.

Nie zapominajmy, że dostarczenie insuliny do organizmu dziecka powoduje w nim przyływ energii – dziecko nareszcie znów czuje się dobrze.

Rodzice wypowiadają wtedy zdania typu: „Wróciło moje dziecko” czy „Znowu jest sobą”. Dzieciom łatwiej jest pogodzić się z koniecznością podawania insuliny, jeśli celem będzie ich dobre samopoczucie, a nie uzyskanie właściwych poziomów cukru.

Inną sprawą jest, że dzieci mają prawo mieć swoje obawy, które będą się różnić od obaw rodziców. Żeby się o nich dowiedzieć, **należy po prostu rozmawiać** – również o emocjach. Rodzice często mają tendencję do ukrywania, jak się czują, szczególnie kiedy są smutni. Płaczą w ukryciu, udają, że nic się nie stało, i wmawiają sobie, że dzieci tego nie widzą. Robią to oczywiście w dobrej wierze, żeby nie martwić swojego dziecka. Powoduje to jednak, że dzieci przyjmują podobną postawę i w trosce o swoich rodziców nie pokazują swoich problemów, ukrywają swoje uczucia.

Diagnoza cukrzycy u dziecka może stać się bodźcem do wprowadzenia zmian w porozumiewaniu się między członkami rodziny. Bo tu nie chodzi tylko o dzieci, ale

też o samych rodziców, chociażby z uwagi na podział pomiędzy nimi nowych obowiązków. Jest też kwestia samej wiedzy – często z różnych powodów w szkoleniu uczestniczy tylko jeden rodzic, co nie się ze sobą **nadmierne poczucie odpowiedzialności**, obciążenia, obawy, żeby wszystko zrobić dobrze, ale też samotność, poczucie bezradności, strach przed samodzielą opieką nad dzieckiem. Warto więc rozmawiać także po to, żeby te różnice w wiedzy minimalizować i jak najszybciej wdrożyć nowe obowiązki w życie całej rodziny. Powieszona na lodówce kartka z najważniejszymi informacjami (telefony do lekarza, poradni, krótka ściągawka, co zrobić w przypadku niedocukrzenia, gdzie leży glukagen itp.) jest dobrym sposobem na zwiększenie poczucia bezpieczeństwa.

**Jednym z tematów,
który powinien pojawić się
w rozmowach,
jest odpowiedź na pytanie,
dlaczego moje dziecko
zachorowało.**



Im szybciej przyjmimy, że nie mieliśmy wpływu na chorobę dziecka, i pozbedziemy się poczucia winy, tym łatwiej będzie nam dalej funkcjonować i nie traktować dziecka jako ofiary tej sytuacji.

Kierując się poczuciem winy, często chcemy zrekompensować dziecku przykrość, jakiej doznało, chociażby przez przejmowanie jego obowiązków lub usprawiedliwianie zachowania chorobą, co z czasem może przynieść wiele negatywnych konsekwencji. Warto, żeby zasady, którymi kierowaliśmy się, wychowując dziecko, zostały zachowane. Aby to one dominowały przy podejmowaniu decyzji (np. dziecko nie może wyjść na rower, bo jest za późno, a nie wyłącznie dlatego, że boimy się, iż spadnie mu cukier). Dla odmiany złość, którą często automatycznie kojarzymy jedynie z destrukcją, może w istocie przynieść energię, która wyzwoli chęć walki i nie pozwoli na to, żeby cukrzyca odebrała radość z życia.

Rozmawiać też trzeba z rodzeństwem chorego dziecka i czynić to tak, aby **siostra czy brat nie czuli się porzuceni**, bo cała uwaga rodziców skierowana jest na dziecko z cukrzycą. Przez chwilę rzeczywiście tak będzie – rodzice muszą przecież nauczyć się nowych rzeczy. Dzie-

ciom łatwiej będzie poradzić sobie w tej sytuacji, jeśli będą rozumieć, co się stało i czego wymaga leczenie brata czy siostry. Ważne też jest rozwianie ich wątpliwości i odniesienie się do ich obaw. Mogą pojawić się pytania, czy rodzeństwo nie spowodowało choroby, czy oni sami zachorują.

Im bardziej będziemy otwarci, a nasze odpowiedzi będą zgodne z prawdą i niewymijające, tym łatwiej dzieciom będzie zaadaptować się do nowej sytuacji.

W rozmowach mogą pojawić się pytania o **przyszłość**. Nikt nie wie, jak potoczy się nasze życie, ale nie można tracić nadziei, że kiedyś cukrzyca będzie uleczalna. Naukowcy prowadzą badania nad poznaniem mechanizmu niszczenia komórek beta, nowe technologie coraz bardziej ułatwiają życie z cukrzycą typu 1. Warto jednak koncentrować się na dniu dzisiejszym i najbliższej przyszłości, żeby nie tracić tego, co teraznijszość ma nam do zaoferowania, i nie żałować w przyszłości straconych możliwości.



11. Dziecko z cukrzycą typu 1 w szkole i w przedszkolu



Dzieci z cukrzycą typu 1 realizują obowiązek szkolny na takich samych zasadach, jak dzieci zdrowe. Placówka szkolna lub przedszkolna powinna – we współpracy z rodzicami – zapewnić dziecku z cukrzycą **bezpieczeństwo** zdrowotne umożliwiające pobyt i naukę w placówce.

Obowiązki poszczególnych osób zaangażowanych w opiekę nad dzieckiem, jak również organizacja systemu tej opieki w placówce oświatowej, **nie są uregulowane prawnie**. Dlatego też bardzo ważne jest, by dyrekcja, nauczyciele, pielęgniarka szkolna oraz rodzice wspólnie poczynili odpowiednie ustalenia celem zapewnienia dziecku efektywnej opieki zdrowotnej. Wszystkie osoby odpowiedzialne za dziecko powinny zgodnie współpracować, pomagając sobie nawzajem z realizacji opieki nad małym uczniem z cukrzycą.

Podstawą organizacji tej opieki jest odbycie przez kadrę placówki oświatowej **szkolenia na temat opieki nad dzieckiem z cukrzycą w szkole lub przedszkolu**.

Szkolenie zamawia placówka oświatowa w jednej z organizacji specjalizujących się w przeprowadzaniu tego typu szkoleń (koła, fundacje, federacje). Rodzic może pomóc placówce w znalezieniu odpowiedniego szkolenia i kontakcie z organizacją je przeprowadzającą.

Na bazie informacji uzyskanych na szkoleniu oraz treści orzeczenia o niepełnosprawności dostarczonego przez rodziców placówka opracowuje we współpracy z rodzicem oraz pielęgniarką szkolną **system opieki nad dzieckiem z cukrzycą typu 1**, opisujący rolę i obowiązki wszystkich osób zaangażowanych w tę opiekę. Efektywność działania tego systemu, a w konsekwencji bezpieczeństwo zdrowotne dziecka podczas pobytu w placówce oświatowej zależy

od zaangażowania, współpracy oraz dobrej woli rodziców, kadry placówki oraz pielęgniarki (przy czym należy pamiętać, że nie we wszystkich placówkach pracują pielęgniarki szkolne, oraz że godziny ich pracy mogą być ograniczone względem planu lekcji dziecka). Szkolenie kadry placówki z opieki nad dzieckiem z cukrzycą warto **powtarzać co najmniej co 2 lata** ze względu na zmieniające się wraz z wiekiem potrzeby dziecka oraz rotację kadry placówki.

Zachęcamy do zapoznania się z zakresem szkoleń, sposobem organizacji szkolenia oraz wykazem placówek przeszkolonych przez Fundację dla Dzieci i Dorosłych z Cukrzycą:

fundacja-cukrzyca.pl/dziecko-z-cukrzyca-w-szkole-i-przedszkolu/

Orzeczenie o niepełnosprawności nie jest równoznaczne z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego i nie skutkuje dostosowaniami edukacyjnymi w postaci zaangażowania nauczyciela wspomagającego lub nauczyciela asystenta.



Powrót dziecka do szkoły i przedszkola budzi u rodziców wiele obaw. Należy pamiętać, że nauczyciele też mogą bać się nowej sytuacji, odpowiedzialności i konsekwencji. W zależności od tego, czy potrzeby i sposób funkcjonowania dziecka z cukrzycą zostaną im przedstawione w sposób właściwy, wiele z tych obaw udaje się zminimalizować.

Nie tylko grono pedagogiczne powinno zostać poinformowane o nowej sytuacji dziecka, ale też jego **rówieśnicy**. Nawet maluchy w przedszkolu potrafią zrozumieć zmiany wprowadzone w związku z chorobą ich kolegi czy koleżanki, jeśli zostanie im to wytłumaczone w przystępny sposób, zgodny z poziomem rozwoju dziecka. Poniżej polecamy książki, które mogą w tym pomóc:

- **Oswoić tygrysa. Bajki i opowiadania dla dzieci z cukrzycą**, Anna Urbanowicz-Bagniuk;
- **Dlaczego Filonek? Bajki i opowiadania dla dzieci z cukrzycą i ich przyjaciół**, Anna Urbanowicz-Bagniuk;
- **Niezwykły pies Benio**, Dominika Steciak;
- **Cukiereczek: cukrzyca**, Aleksandra Chmielewska;
- **ABC empatii, bo wszyscy jesteśmy tacy sami**, Wiktor Czepczyński, Żaneta Kupczyk i Katarzyna Muzyka-Jacheć.

Niepełnosprawność wynikająca z cukrzycy nie wymaga nauczania domowego ani integracyjnego. Z jej tytułu dziecku przysługują **dostosowania egzaminacyjne** (np. na egzaminie ósmoklasisty czy maturze), polegające na wydłużeniu czasu pisania egzaminu, na zasadach ustalanych corocznie przez Centralną Komisję Egzaminacyjną.



12. Podróżowanie z cukrzycą



Cukrzyca nie zamyka nas na zwiedzanie świata, chociaż w tej chwili na pewno zastanawiasz się, czy i jak będzie to możliwe. Nawet wyjście na spacer w czasie pobytu w szpitalu, gdy musisz uzyskać pozwolenie lekarza i zabierasz ze sobą zapas glukozy, jest nie lada wyzwaniem. Jak więc będą wyglądały dalsze podróże?

Mamy dla Ciebie dobre wiadomości: podróżowanie z cukrzycą jest jak najbardziej możliwe!

Musimy być jednak **dobrze przygotowani i zabezpieczeni**. Wiesz już, że teraz każde wyjście z domu, nawet na chwilę, wymaga zabrania ze sobą niezbędnika osoby z cukrzycą (rozdz. 3). Nasz niezbędnik przed podróżą rozszerzamy o leki zalecane przez lekarza, dostosowane do miejsca i długości pobytu. Przed wyjazdem robimy listę rzeczy niezbędnych, zakupy w aptecce i koniecznie odbywamy **konsultację lekarską**, na której dowiemy się np. tego, jak modyfikować dawki insuliny w przypadku zmian stref czasowych (a co za tym idzie – zmian w rytmie dobowym osoby z cukrzycą), jak również zmian klimatu, oraz jak dostosować terapię do charakteru wyjazdu, spodziewanej intensywności wysiłku fizycznego itp. Warto również poprosić lekarza diabetologa lub lekarza pierwszego

kontaktu o **zaświadczenie w języku angielskim** o tym, że dziecko ma cukrzycę typu 1 i że w związku z tym musi mieć stały dostęp do leków. Na stronie fundacja-cukrzyca.pl znajdują się gotowe wzory oświadczeń opracowane w kilku językach. Wystarczy wydrukować i uzupełnić brakujące dane (wzór oświadczenia znajdziesz również na końcu poradnika).

W czasie podróży sprzęt diabetologiczny oraz zapasy glukozy powinny być **w bagażu podręcznym** – po pierwsze dlatego, że nigdy nie wiadomo, kiedy będą potrzebne, a po drugie dlatego, że ciepło i zimno (w bagażniku samochodu/samolotu) mogą przyczynić się do zmiany działania (a nawet zniszczenia) leków i akcesoriów medycznych. Bagaż nadawany (podróż samolotem) może też zostać zagubiony. Pakując się, **pamiętaj o rezerwie**, czyli dodatkowych wkłuciach czy fiolkach z insuliną na nieprzewidziane okoliczności (np. konieczność częstszych zmian wkłucia w ciepłym klimacie).

Przed podróżą pakujemy:

- insuliny krótko- i długodziałające, pasujące do nich peny oraz igły;
- zbiorniki do pompy insulinowej + zestawy infuzyjne + serter do zakładania wkłuć + baterie + saszetkę wodoodporną na pompę;
- glukometr + paski do glukometru + nakłuwacz wraz z zapasowymi lancetami (dobrze mieć też glukometr i nakłuwacz zapasowy) + ładowarkę;
- sensory, transmitter, serter oraz plastry lub taśmy do mocowania, ewentualnie ładowarkę i baterie, jeśli dany system tego wymaga (gdy korzystasz z systemu ciągłego monitorowania stężenia glukozy);
- płyn do dezynfekcji miejsc iniekcji i gaziki (wygodne w czasie podróży są jednorazowe gaziki nasączone płynem dezynfekującym);
- glukagen;
- zapas glukozy, paski do mierzenia ketonów w moczu.

Odpowiednie ubezpieczenie medyczne to gwarancja pomocy w sytuacjach awaryjnych. Warto wyrobić sobie przed wyjazdem **Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego EKUZ – NFZ**. Należy też rozważyć wykupienie dodatkowego ubezpieczenia indywidualnego.

Pamiętajmy, aby **ubezpieczenie obejmowało chorobę przewlekłą**, jaką jest cukrzyca – zazwyczaj wymaga to wybrania dodatkowej opcji. Większość towarzystw ubezpieczeniowych ma polisę na czas podróży do wszystkich zakątków świata i oferuje pomoc bądź przekazuje konkretne adresy miejsc, gdzie ta pomoc może zostać udzielona.



Długa podróż sprzyja zmęczeniu, a ono często maskuje objawy hipoglikemii. Bądźmy czujni w czasie podróży, żeby nie doprowadzić do niezauważonego spadku cukru. Z drugiej zaś strony bezruch w środkach transportu może skutkować hiperglikemią, warto więc rozważyć zwiększenie dawki bazowej na czas podróży według wskazówek lekarza. Insulinę doposiłkową w czasie lotu samolotem podajemy bezpośrednio przed posiłkiem (niespodziewane turbulencje mogą opóźnić podawanie posiłku).

W przypadku podróży samolotem w momencie startu i lądowania zaleca się odpiąć pompę od wkłucia!

Szybkie zmiany ciśnienia mogą spowodować niezamierzone popchnięcie insuliny ze zbiornika pompy do ciała (nawet kilkadziesiąt jednostek insuliny!). Ponowne podłączenie powinno nastąpić po ustabilizowaniu ciśnienia w samolocie. Personel naziemny lotnisk oraz przejść granicznych na ogół świadomy jest specyficznej sytuacji podróżnych z cukrzycą i służy im wsparciem oraz pomocą.

Podróżując, uwzględnijmy również **ryzyko kradzieży lub zgubienia bagażu**. Pozostawienie szaszetki z niezbędnikiem na siedzeniu w samochodzie („wychodzimy tylko na chwilkę”) może zachęcić złodzieja do wybicia szyby. Zdarzają się też kradzieże polegające na próbie wyrwania torebki od turysty przez przejeżdżającego motocyklistę. Warto rozważyć noszenie pompy w nieeksponowanym miejscu.



Będąc świadomym możliwości nieprzewidywanych zdarzeń, dobrze jest zaopatrzyć się w **dwa zestawy niezbędnika**: jeden noszony zawsze ze sobą, drugi – pozostawiony w miejscu noclegu. Na pompę warto także **nakleić informację** o tym, że jest to urządzenie medyczne (np. „medical device”), a zarówno na pompę, jak i niezbędnik – numer telefonu do rodzica.

Jeśli używasz systemu ciągłego monitorowania stężenia glukozy połączonego z telefonem komórkowym dziecka, rozważ zdjęcie blokady dostępu do telefonu i wpisz w książkę kontaktów hasła powszechnie zrozumiałe, jak np. Mama, Mum, Dad lub ICE (w przypadku zagrożenia – *In Case of Emergency*) wraz z właściwym numerem telefonu. Uczciwy znalazca będzie miał możliwość skontaktowania się z Tobą.

Warto także wpisać sobie do telefonu **numer do najbliższej ambasady Polski** oraz do **najbliższego szpitala** (najlepiej diabetologicznego) w każdym miejscu pobytu.

W każdym zakątku świata żyją osoby z cukrzycą – choroba nie respektuje granic. Dlatego też zabezpieczeni i ubezpieczeni na pewno poradzimy sobie świetnie w docelowym miejscu naszej podróży. Dla komfortu psychicznego i pokonywania strachu przed nowymi wyzwaniami powoli rozszerzajmy granice naszych wypraw.

13. Technologia w służbie terapii cukrzycy

Korzystanie z **osobistej pompy insulinowej** to najlepszy i najwygodniejszy sposób terapii dla osób z cukrzycą typu 1. Co nam daje?

- używamy jednej insuliny bazalnej i doposażkowej,
- możemy podawać bolusy proste, przedłużone i złożone,
- mamy możliwość wyłączenia pompy, regulacji insuliny bazalnej,
- mamy kalkulator bolusa,
- dostajemy możliwość analizy statystyk i raportów,
- pompa zsynchronizowana z systemem CGM umożliwia przeciwdziałanie wystąpieniu hipoglikemii,
- pompa w połączeniu z CGM i aplikacją umożliwia funkcjonowanie **systemu zamkniętej pętli**.

W Polsce dostępne są różne pompy insulinowe, które w zależności od modelu mają różne funkcje. Poniżej przedstawiamy **najpopularniejsze modele oraz ich funkcjonalności**:

Model pompy	Cechy szczególne	Jakie daje możliwości?
Refundowane: • Medtronic 720G • Medtronic 740G • Medtronic 780G	Drenowe pompy insulinowe ze zintegrowanym systemem CGM	• integracja odczytów CGM z pompą insulinową, dostęp na wyświetlaczu, • kalkulator bolusa funkcjonujący w oparciu o odczyty CGM, • aktywne funkcje: zatrzymanie przy niskim i zatrzymanie przed niskim.
Refundowane: • Equil • Accu Check Solo Nierefundowane: • Omnipod Dash • Medtrum TouchCare	Bezdrenowe pompy insulinowe współpracujące z systemami CGM	• bez drenów (wolność od „kabelków”) • pompa mocowana do ciała, • obsługa z poziomu dedykowanego urządzenia sterującego (aplikacji bądź pilota).

Refundowane: • Ypso Pump	Drenowa pompa insulinowa współpracująca z niezintegrowanym systemem CGM	• pompa zarządzana z poziomu aplikacji, • wygoda i dyskrecja, • raporty w aplikacji.
• Medtronic 780G • Ypso Pump z aplikacją mylife CamAPS FX • oraz rozwiązania typu DIY („do it yourself” – „zrób to sam”) np. z pompą: Equil, Omnipod Dash, Medtrum TouchCare i in.	Pompy insulinowe z systemem zamkniętej pętli	• automatyzacja codziennych decyzji terapeutycznych, • zapobieganie hipo- i hiperglikemii poprzez zarządzanie podażą insuliny bazalnej, • automatyczne bolusy korekcyjne, • SMB – mikrobolusy, • UAM – funkcja wykrywania niezapowiedzianych posiłków.

Najpopularniejsze systemy ciągłego monitorowania glukozy (CGM):

Nazwa systemu CGM	Informacje podstawowe	Cechy szczególne
Dexcom One+	• działanie 10 dni + 12 godzin/ Bluetooth, • konstrukcja all-in-one (sensor i transponder w jednym urządzeniu), • odczyty z CGM mogą być podstawą do decyzji terapeutycznych, • aplikacja na iOS, aplikacja Android: Dexcom One+, • aplikacja dla opiekuna: Dexcom Follow, • system raportowania: Dexcom Clarity, • dostępny w wolnej sprzedaży, • refundacja NFZ.	• jednoręczny aplikator, gotowy do natychmiastowego użycia, • okres karencji 12 godzin po zakończeniu podstawowego okresu 10 dni, • kalibracja na wezwanie lub przez użytkownika, • czas do startu 30 minut, • odczyty co 5 minut, • dostępny odbiornik, • plaster Dexcom Overpach w zestawie, • uproszczona aplikacja, zachowane podstawowe funkcje, • współpraca z aplikacjami firm trzecich: Garmin, Happy Bob, Sugarmate, Glooko, Fitbit itp.
Dexcom G6	• działanie 10 dni/ Bluetooth, • konstrukcja: transponder + sensor, • odczyty jako podstawa do decyzji terapeutycznych,	• jednoręczny aplikator, • kalibracja na wezwanie lub przez użytkownika, • czas do startu 120 minut,

	• aplikacja dla opiekuna: Dexcom Follow, • system raportowania: Dexcom Clarity, • dostępny w wolnej sprzedaży, • refundacja NFZ.	• odczyty co 5 minut, • transmitter działa od 90 do 120 dni, gwarancja obowiązuje na 90 dni. • dostępny odbiornik, • plastry Overpatch dostępne u dystrybutora, • otwarta współpraca z pompami oraz systemami pętli, • współpraca z aplikacjami firm trzecich: Garmin, Happy Bob, Sugarmate, Fitbit itp.
Dexcom G7	• działanie 10 dni + 12 godzin/ Bluetooth, • konstrukcja all-in-one, • odczyty z CGM mogą być podstawą do decyzji terapeutycznych, • aplikacja IOS, aplikacja Android: Dexcom G7, • aplikacja dla opiekuna: Dexcom Follow, • system raportowania: Dexcom Clarity, • dostępny w wolnej sprzedaży, • refundacja NFZ.	• jednoręczny aplikator, • okres karencji 12 godzin po zakończeniu podstawowego okresu 10 dni, • kalibracja na wezwanie lub przez użytkownika, • czas do startu 30 minut, • rozbudowana funkcjonalność aplikacji.
Eversense 3	• działanie 180 dni (planowane dłuższe)/Bluetooth, • konstrukcja: sensor podskórny + transmitter nalepiany na skórę, • odczyty jako podstawa do decyzji terapeutycznych, • aplikacja IOS, aplikacja Android: Eversense CGM, • aplikacja dla opiekuna: Eversense NOW, • system raportowania: Eversense DMS, • dostępny w wolnej sprzedaży, • refundacja NFZ (obecnie od 18. r.ż.).	• aplikacja podskórna (implantacja) wyłącznie w gabinecie lekarskim, • jedyny sensor o tak długim czasie działania, • kalibracja 1 x dziennie, • czas do startu: 24 godziny + wstępne 4 kalibracje w ciągu 36 godzin, • odczyty co 5 minut, • alarmy wibracyjne transmitera przy utracie kontaktu z telefonem • wyszukiwanie optymalnej pozycji transmitera względem położenia sensora.
Abbot Freestyle Libre 2	• działanie 14 dni/ Bluetooth, • konstrukcja all-in-one, • odczyty z CGM mogą być podstawą do decyzji terapeutycznych,	• jednoręczny aplikator, konieczny wstępny montaż, • brak możliwości kalibracji, • czas rozgrzania 60 minut,

	• aplikacja iPhone, aplikacja Android: LibreLink, • aplikacja dla opiekuna: LibreLink Up, • system raportowania: LibreView, • dostępny w wolnej sprzedaży, • refundacja NFZ.	• odczyty co 1 minutę, • odbiornik, glukometr, ciała ketonowe, • współpraca z penami NovoPen 6, Novo Pen Echo Plus.
Medtronic Simplera	• działanie 7 dni/Bluetooth, • konstrukcja all-in-one, • odczyty z CGM jako podstawa do decyzji terapeutycznych, • aplikacja iPhone, aplikacja Android: Simplera • aplikacja dla opiekuna: CareLink Connect, • system raportowania: CareLink, • dostępny w wolnej sprzedaży, • refundacja NFZ.	• jednoręczny aplikator, gotowy do natychmiastowego użycia, • nie wymaga kalibracji, • czas rozgrzania 120 minut, • odczyty co 5 minut, • Simplera Sync – wersja dla pomp, • współpraca z penem insulinowym InPen jako system Smart MDI.
Medtronic Guardian	Sześć różnych wersji w sprzedaży: • sześć typów transponderów, • cztery typy sensorów, • trzy typy testerów, • dwa typy serwerów, • jedna wspólna ładowarka, • działanie 7 dni/Radio lub Bluetooth, • konstrukcja sensor + transponder, • odczyty z CGM jako podstawa do decyzji terapeutycznych: Guardian 4 – tak, pozostałe – nie, • aplikacja iPhone, aplikacja Android: Guardian, Guardian Connect, Minimed Mobile, • aplikacja dla opiekuna: CareLink Connect, • system raportowania: CareLink, • dostępny w wolnej sprzedaży.	• skomplikowany proces przygotowania do aplikacji, • wymaga wielokrotnych kalibracji (nieco mniej w Guardian 4), • czas rozgrzania 120 minut, • odczyty co 5 minut, • wskazana uwaga przy dobieraniu rozwiązania, łatwo o pomyłkę.
Sibionics GS1	• działanie 14 dni/ Bluetooth, • konstrukcja all-in-one, • odczyty z CGM jako podstawa do decyzji terapeutycznych, • aplikacja: Sibionics (dostępna na iOS i Androidzie),	• jednoręczny aplikator, konieczny wstępny montaż, • czas rozgrzania 60 minut, • odczyty co 5 minut, • dodatkowy wzmocniony plaster Overpatch w zestawie – dedykowany pacjentom od 3. r.ż.,

	• jedna aplikacja dla pacjenta i opiekuna: Sibionics, • system webowy Sibionics PRO View, • refundacja NFZ i dostępny w wolnej sprzedaży.	• bez kalibracji, • alarmy z możliwością konfiguracji.
GluNovo i3	• działanie 14 dni/ Bluetooth, • konstrukcja: sensor + transponder, • odczyty z CGM nie mogą być podstawą do decyzji terapeutycznych, • aplikacja iPhone, aplikacja Android: Glunovo, • aplikacja dla opiekuna: Glunovo Carer, • system raportowania: Glunovo Share, • dostępny w wolnej sprzedaży.	• jednoręczny aplikator, konieczne usunięcie zabezpieczenia, • bateria w jednorazowym sensorze, • czas rozgrzania 190 minut, • kalibracja 2× dziennie, • odczyty co 3 minuty, • transponder: działanie 112 dni, • system nie jest przeznaczony dla kobiet w ciąży i osób do 18. r.ż.
LinX CGM	• działanie 15 dni/ Bluetooth, • konstrukcja all-in-one, • odczyty z CGM jako podstawa do decyzji terapeutycznych, • jedna aplikacja LinX dla pacjenta i opiekuna (dostępna na iOS i Androidzie), • portal Pancares.pl – analiza raportów CGM • refundacja NFZ i dostępny w wolnej sprzedaży	• jednoręczny aplikator, gotowy do natychmiastowego użycia, • czas rozgrzania 60 minut, • odczyty co 1 minutę, • kalibracja niewymagana (opcjonalna), alarmy z możliwością konfiguracji,

Istnieje szereg rozwiązań proponowanych przez firmy produkujące systemy do monitorowania stężenia glukozy, a także liczne rozwiązania typu „zrób to sam”, opracowane przez pacjentów lub ich opiekunów. Umożliwiają one podgląd poziomu glukozy pacjenta na większej liczbie urządzeń, a nie tylko na odbiorniku, którym posługuje się sam pacjent. Rozwiązania te oparte są głównie na idei łączenia aplikacji do odczytu poziomu glukozy na telefonach pacjenta i opiekuna, bądź też bazują na przesyłaniu odczytów glikemii z urzą-

dzenia pacjenta do „chmury” i pobieraniu ich stamtąd przez urządzenia opiekunów za pomocą łączności internetowej.

Rozwiązania te umożliwiają monitorowanie stężenia glukozy pacjenta przez wielu opiekunów naraz (np. rodzice, nauczyciele, kadra kolonijna itp.) oraz odczyt tego monitoringu na różnego typu urządzeniach (komputer, smartfon, smartwatch itp.). **System ciągłego monitorowania poziomu stężenia glukozy daje możliwość skorzystania z systemu pętli zamkniętej.**

Pętla zamknięta to potoczna nazwa zaawansowanego systemu hybrydowej sztucznej trzustki – AHCL (Advanced Hybrid Closed Loop). W tej chwili na świecie dostępne są komercyjne systemy wspomniane powyżej oraz systemy budowane samodzielnie, zgodnie z ideą DIY („do it yourself”, czyli „zrób to sam”).

Pętla wykonuje dokładnie te same czynności i podejmuje te same decyzje, które musi wykonywać i podejmować pacjent lub jego opiekunowie każdego dnia: pomiar stężenia glukozy z wykorzystaniem systemu ciągłego monitorowania stężenia glukozy, obliczenie przewidywanej glikemii na najbliższe godziny na podstawie jej trendu oraz poziomów insuliny i węglowodanów w organizmie pacjenta oraz modyfikacja dawki podstawowej zgodnie z tymi przewidywaniami. System pętli zamkniętej podejmuje te podstawowe decyzje co 5 minut, i w ich wyniku podnosi, obniża lub wstrzymuje podaż dawek bazowych poprzez pompę insulinową.

Jest on również wyposażony w **bardzo zaawansowany kalkulator bolusa**, podpowiadający informacje odnośnie do ewentualnego niedoboru węglowodanów i insuliny. Umożliwia również współpracę z innymi urządzeniami pacjenta i opiekunów (smartfony, zegarki itp.). Oczywiście system pętli zamkniętej nie podejmuje wszystkich decyzji i nie jest w stanie uwzględnić wszystkich okoliczności mogących mieć wpływ na poziomy glikemii (np. stres). Niemniej jednak stanowi on duże ułatwienie w terapii cukrzycy poprzez automatyzację podstawowych funk-

cji i decyzji spoczywających na pacjencie i jego opiekunach.

Więcej informacji na temat obecnie stosowanych systemów ciągłego monitorowania stężenia glukozy oraz systemu pętli zamkniętej można znaleźć tutaj:

- **Technologie Diabetyka:**
techdiab.pl
- **Nightscout Polska:**
www.nightscout.pl
- **FB Android APS Polska:**
www.facebook.com/groups/aapspl/
- **FB Freestyle Libre Polska:**
www.facebook.com/groups/639932702829756/
- **FB Dexcom Polska Użytkownicy:**
www.facebook.com/groups/1114015185302504/?multi_permaLinks=4706566136047373
- **System Pętli Zamkniętej:**
diabetyk24.pl/blog-section/petla-andoidaps?fbclid=IwAR3E-DUEh_4KwHsT78QQMk4AYfVAN-KWX_ynT-FCUuX0_aVkbPsLI-2gJv7bc
- **Dokumentacja Android APS:**
androidaps.readthedocs.io/en/latest/
- **Sibionics:** sibionicscg.com.pl

Zachęcamy do korzystania ze szkoleń i warsztatów z obszaru nowych technologii. Informacje: fundacja-cukrzyca.pl

14. Ulgi podatkowe związane z niepełnością

W związku z niepełnosprawnością podatnikowi będącemu osobą niepełnosprawną lub podatnikowi mającemu na utrzymaniu osobę niepełnosprawną przysługuje **szereg ulg podatkowych** (zwanych łącznie ulgą rehabilitacyjną).

W myśl przepisów podatkowych oraz w kontekście cukrzycy typu 1 **osoba niepełnosprawna** to osoba posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub osoba poniżej 16 r.ż. posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności. Osoba niepełnosprawna pozostająca na utrzymaniu podatnika zdefiniowana jest zaś jako osoba niepełnosprawna, której roczne dochody nie przekraczają dwunastokrotności renty socjalnej (z wyłączeniem alimentów),

będąca dla podatnika: współmałżonkiem, dzieckiem własnym, dzieckiem przysposobionym, dzieckiem obcym przyjętym na wychowanie, pasierbem, rodzicem, rodzicem współmałżonka, rodzeństwem, ojczymem, macochą, zięciem lub synową.

Wydatki uprawniające do ubiegania się o ulgę rehabilitacyjną to wyłącznie te wydatki poniesione przez osobę niepełnosprawną lub podatnika mającego na utrzymaniu taką osobę, które zostały wymienione w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych jako **wydatki na cele rehabilitacyjne oraz wydatki związane z ułatwieniem wykonywania czynności życiowych**.

Wydatki te dzielą się na:

- WYDATKI NIELIMITOWANE (odliczeniu podlega cała wydatkowana kwota),
- WYDATKI LIMITOWANE (kwotę przysługującego odliczenia oblicza się z uwzględnieniem „górnego” lub „dolnego” limitu kwotowego).

Odliczeniu nie podlegają wydatki, które w całości zostały sfinansowane ze środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, zakładowego funduszu aktywności, PFRON-u lub ze środków NFZ, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych albo w całości zostały zwrócone podatnikowi w jakiegokolwiek formie.

Wydatki nielimitowane mogące dotyczyć cukrzycy typu 1:

- zakup i naprawa indywidualnego sprzętu, urządzeń i narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji oraz ułatwiających wykonywanie czynności życiowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności, z wyjątkiem sprzętu gospodarstwa domowego;
- zakup, naprawa lub najem wyrobów medycznych, które są wymienione w wykazie wyrobów medycznych określonym w osobnych przepisach;
- zakup publikacji i materiałów (pomocy) szkoleniowych, stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności;
- odpłatny pobyt na turnusie rehabilitacyjnym;
- odpłatny pobyt na leczeniu w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, pobyt w zakładzie rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne;
- odpłatność za zabiegi rehabilitacyjne lub leczniczo-rehabilitacyjne;
- opieka pielęgniarska w domu nad osobą niepełnosprawną w okresie przewlekłej choroby uniemożliwiającej poruszanie się oraz usługi opiekuńcze świadczone dla osób niepełnosprawnych zaliczonych do I grupy inwalidztwa;
- kolonie i obozy dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25. roku życia;
- odpłatny, konieczny przewóz na niezbędne zabiegi leczniczo-rehabilitacyjne:
 - osoby niepełnosprawnej – karetką transportu sanitarnego;
 - osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I lub II grupy inwalidztwa oraz dziecka niepełnosprawnego do 16. roku życia – również innymi niż karetka środkami transportu sanitarnego;
- odpłatne przejazdy środkami transportu publicznego związane z pobytem:
 - na turnusie rehabilitacyjnym,
 - w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, zakładach rehabilitacji leczniczej, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych,
 - na koloniach i obozach dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej oraz dzieci osób niepełnosprawnych, które nie ukończyły 25. roku życia.

Więcej informacji o **uldze rehabilitacyjnej** można znaleźć tutaj:

www.podatki.gov.pl/pit/ulgi-odliczenia-i-zwolnienia/ulga-rehabilitacyjna/



Wydatki limitowane mogące dotyczyć cukrzycy typu 1 (wg. stanu na marzec 2025 r.):

- używanie samochodu osobowego stanowiącego własność (współwłasność) osoby niepełnosprawnej lub podatnika mającego na utrzymaniu osobę niepełnosprawną albo dzieci niepełnosprawne, które nie ukończyły 16. roku życia – maksymalna kwota odliczenia w roku podatkowym wynosi 2280 zł;
- leki, jeśli lekarz specjalista stwierdzi, że osoba niepełnosprawna powinna stosować określone leki stale lub czasowo. W tym przypadku odliczeniu podlegają wydatki w wysokości stanowiącej różnicę pomiędzy wydatkami faktycznie poniesionymi w danym miesiącu a kwotą 100 zł.
- Dokumentowanie wydatków odbywa się na podstawie dokumentów stwierdzających ich poniesienie (faktura, rachunek, dowód wpłaty na pocztę lub potwierdzenie przelewu, z których wynika, kto, kiedy, komu, ile i za co zapłacił).

Kwota do odliczenia:

- wydatki nielimitowane – kwota faktycznie poniesiona;
- wydatki ograniczone „górnym” limitem kwotowym – kwota faktycznie poniesiona, nie wyższa niż limit;
- wydatki częściowo sfinansowane (dofinansowane) ze środków zakładowego funduszu rehabilitacji osób niepełnosprawnych, zakładowego funduszu aktywności, PFRON-u lub ze środków NFZ, zakładowego funduszu świadczeń socjalnych oraz wydatków zwróconych podatnikowi w jakiegokolwiek formie – różnica między wydatkami faktycznie poniesionymi a kwotą sfinansowaną (dofinansowaną) z tych funduszy (środków) lub zwróconą w jakiegokolwiek formie;
- wydatki na leki – różnica pomiędzy wydatkami faktycznie poniesionymi w danym miesiącu a kwotą 100 zł.

Sposób dokonania odliczenia:

- od dochodu (opodatkowanego na zasadach ogólnych) / przychodu (opodatkowanego ryczałtem od przychodów ewidencjonowanych);
- w zeznaniu PIT-36, PIT-37 lub PIT-28, poprzez dołączenie formularza PIT-O;
- z ulgi podatkowej można skorzystać już w trakcie roku podatkowego, przy uiszczaniu zaliczek;
- odliczeniu podlegają wydatki, które nie zostały zaliczone przez podatnika do kosztów uzyskania przychodu;
- jeżeli w danym roku kwota odliczeń przekracza kwotę dochodu, nadwyżka nie podlega odliczeniu w latach kolejnych.

15. Niepełnosprawność a system zabezpieczenia społecznego

Zasiłek pielęgnacyjny, będący elementem świadczeń rodzinnych, w kontekście cukrzycy przysługuje:

- niepełnosprawnemu dziecku,
- osobie niepełnosprawnej powyżej 16. roku życia ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
- osobie niepełnosprawnej powyżej 16 roku życia z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, jeżeli niepełnosprawność powstała przed ukończeniem 21 roku życia.

Zasiłek pielęgnacyjny nie jest objęty kryterium dochodowym i obecnie (stan na marzec 2025 r.) wynosi 215,84 zł.

Prawo do zasiłku pielęgnacyjnego ustala się bezterminowo lub na czas trwania orzeczenia o niepełnosprawności.

Świadczenie pielęgnacyjne mogą otrzymać osoby, które sprawują opiekę nad osobami z niepełnosprawnościami w wieku do ukończenia 18. roku życia.

Aby otrzymać świadczenie pielęgnacyjne wymagane jest, aby osoba wymagająca opieki legitymowała się **ważnym orzeczeniem o niepełnosprawności** łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji (takie orzeczenie zawiera informację w punktach 7 i 8 o treści: „wymaga”) albo **orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności**.

Od 1 stycznia 2024 r. świadczenie pielęgnacyjne przysługuje następującym opiekunom:

- matce albo ojcu;
- innym osobom, na których zgodnie z przepisami ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1359 oraz z 2022 r. poz. 2140) ciąży obowiązek alimentacyjny, a także małżonkom;
- opiekunowi faktycznemu dziecka;
- rodzinie zastępczej, osobie prowadzącej rodzinny dom dziecka, dyrektorowi placówki opiekuńczo-wychowawczej, dyrektorowi regionalnej placówki opiekuńczo-terapeutycznej albo dyrektorowi interwencyjnego ośrodka preadopcyjnego.

Istnieje możliwość łączenia pracy zawodowej z pobieraniem świadczenia pielęgnacyjnego. **Świadczenie pielęgnacyjne nie podlega kryterium dochodowemu.** Od 1 stycznia 2025 r. wysokość świadczenia pielęgnacyjnego wynosi **3287 zł miesięcznie**. Jest co roku rewaloryzowane.

Istnieje również możliwość wystąpienia o **dodatek do zasiłku rodzinnego** z tytułu kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego (na pokrycie zwiększonych kosztów związanych z rehabilitacją; dla dziecka do 5. roku życia jego wysokość to 90 zł, zaś dla dziecka między 5. a 24. rokiem życia – 110 zł). Przyznanie tego świadczenia jest uzależnione od dochodu.

Wnioski o świadczenia rodzinne przyjmują urzędy miast, dzielnic, gmin właściwe dla miejsca zamieszkania osoby ubiegającej się o świadczenie.



Więcej informacji o funkcjonowaniu systemu **świadczeń rodzinnych** można znaleźć tutaj: www.gov.pl/web/rodzina/rodzaje-i-wysokosc-swadczen-rodzinnych-kryteria-uzyskania

16. Dofinansowanie terapii

Dofinansowania w ramach środków finansowych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) przyznawane są na:

- uczestnictwo osób niepełnosprawnych wraz z opiekunami w turnusach rehabilitacyjnych;
- przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- likwidację barier w komunikowaniu się (np. komputer, program logopedyczny);
- likwidację barier technicznych.



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Rozdzielaniem powyższych środków zajmują się

Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie

(ops.pl/kategoria/baza-instytucji/typ/powiatowe-centrum-pomocy-rodzinie/)

Dofinansowanie uczestnictwa osób niepełnosprawnych wraz z opiekunami w turnusach rehabilitacyjnych przysługuje osobom niepełnosprawnym posiadającym **ważne orzeczenie** o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności.

Dofinansowanie można otrzymać **raz w roku kalendarzowym**, jeżeli **przeciętny miesięczny dochód**, w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, **nie przekracza kwoty**:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia,
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

Istnieje też możliwość otrzymania **dofinansowania w sytuacji przekroczenia kryterium dochodowego**, wówczas kwota dofinansowania pomniejszona zostaje o kwotę, o którą dochód został przekroczony. Kwota dofinansowania zależy od stopnia niepełnosprawności, wieku, sytuacji życiowej.

Ośrodek, w którym organizowany jest turnus, musi znajdować się w ogólnokrajowym rejestrze ośrodków uprawnionych do organizowania turnusów rehabilitacyjnych.

Dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny przysługuje osobom niepełnosprawnym stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności. Warunkiem otrzymania dofinansowania jest spełnienie kryterium dochodowego, tak jak w przypadku turnusów rehabilitacyjnych. Wnioski o dofinansowanie ze środków PFRON-u do zakupu sprzętu

rehabilitacyjnego można składać w dowolnym czasie.

O dofinansowanie do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (systemy ciągłego monitorowania stężenia glukozy i osprzęt do pompy insulinowej) można starać się, gdy kwota dopłaty z NFZ jest niewystarczająca do sfinansowania danego zakupu. O dofinansowanie mogą ubiegać się osoby niepełnosprawne stosownie do potrzeb wynikających z niepełnosprawności. W przypadku tego dofinansowania również obowiązuje opisane powyżej kryterium dochodowe. Istnieje możliwość ubiegania się o zwrot kosztów już poniesionych.

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze podlegające dofinansowaniu wymienione zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze.



Likwidacja barier w komunikowaniu się

polega na dofinansowaniu sprzętów mających za zadanie ułatwienie osobie niepełnosprawnej wykonywania podstawowych, codziennych czynności i kontaktów z otoczeniem (np. zakup telefonu do monitorowania stężenia glukozy, komputera służącego do generowania i analizy raportów z CGM i pompy insulinowej itp.).

Dofinansowanie przysługuje osobom niepełnosprawnym, jeżeli jest to uzasadnione potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności. Wysokość dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się i technicznych wynosi do 95% kosztów przedsięwzięcia, nie więcej jednak niż do wysokości piętnastokrotnego przeciętnego wynagrodzenia. Pozostałą kwotę pokrywa wnioskodawca. Wniosek o dofinansowanie do likwidacji wymienionych barier można składać raz na trzy lata.

Likwidacja barier technicznych może dotyczyć wsparcia finansowego zakupu pompy insulinowej, lodówki, montaż instalacji wody ciepłej, montaż ogrzewania.

Nie ma możliwości dofinansowania zakupu sprzętu AGD bez wskazań terapeutycznych, gdyż są to przedmioty przydatne w każdym gospodarstwie.

Przykładowo: nie można starać się o dofinansowanie zintegrowanej chłodziarki, ponieważ insulina może być przechowywana w zwykłej lodówce).



Środki finansowe na terapię cukrzycy można również pozyskiwać poprzez odliczenia podatkowe w ramach **1,5% podatku**, zbiórki publiczne oraz internetowe.

Subkonta, na których można gromadzić 1,5% podatku, prowadzą organizacje pozarządowe mające status organizacji pożytku publicznego (OPP). Założenie subkonta umożliwiającego zbiórkę wpłat z 1,5% podatku, wymaga zawarcia porozumienia w tej kwestii z wybraną organizacją OPP. Beneficjent subkonta może na nim gromadzić również wpłaty z innego rodzaju darowizn (które darczyńca może odliczyć sobie od dochodu), zbiórek publicznych oraz internetowych.

Organizacja zbiórek publicznych również należy do zadań jednostek mających status organizacji pożytku publicznego. Sposób i cele wydatkowania zgromadzonych środków zależą na ogół od statutu danej organizacji pożytku publicznego.

17. Ośrodki diabetologiczne

Oddział diabetologiczny, na który trafiamy z diagnozą cukrzycy typu 1, udzieli nam niezbędnej opieki, zaopatrzy w sprzęt, leki i niezbędną wiedzę i wskazówki do jak najlepszego funkcjonowania z cukrzycą typu 1. Po diagnozie będziemy kontynuować leczenie u lekarza diabetologa w przychodni diabetologicznej, najlepiej blisko miejsca zamieszkania. Należy pamiętać, że w przypadku diabetologii **nie obowiązuje rejonizacja**. Możecie szukać pomocy w szpitalach i przychodniach w całej Polsce.

Lista Szpitali Dziecięcych i Szpitali Ogólnodostępnych z Oddziałami Diabetologicznymi dla dzieci:

Miasto	Przyszpitalne przychodnie diabetologiczne dla dzieci	Telefon
Białystok	Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny ul. J. Waszyngtona 17	85 745 05 16
Bydgoszcz	Wojewódzki Szpital Dziecięcy ul. J.K. Chodkiewicza 44	52 326 21 34
Częstochowa	Wojewódzki Zakład Opieki Zdrowotnej nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą ul. Jana III Sobieskiego 7a	511 996 846, 511 996 725
Elbląg	Elbląskie Centrum Diabetologii ul. Królewiecka 146	55 239 59 38
Gdańsk	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne ul. Dębinki 7	58 727 05 05
Gorzów Wielkopolski	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki ul. J. Dekerta 1	95 782 77 75
Grudziądz	Regionalny Szpital Specjalistyczny ul. dr. L. Rydygiera 15/17	56 641 34 27
Kalisz	Wojewódzki Szpital Zespolony ul. Poznańska 79	62 765 12 36, 62 765 12 25
Katowice	Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II / Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 SUM ul. Medyków 16	32 207 17 77
Kielce	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy / Świętokrzyskie Centrum Pediatrii ul. S. Artwińskiego 3a	41 345 63 25 wew. 57

Koszalin	Wojewódzki Szpital Koszalin ul. T. Chałubińskiego 7	94 348 83 55, 94 348 84 20
Kraków	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy ul. Wielicka 265	12 658 20 11 wew. 1053
Lublin	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy ul. prof. A. Gębali 6	81 718 55 17
Łódź	SPZOZ Centralny Szpital Kliniczny UM / Uniwersyteckie Centrum Pediatrii ul. Sporna 36/50	783 001 923
	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki ul. Rzgowska 281/289	42 271 18 53
Olsztyn	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy ul. Żołnierska 18a	89 539 32 00
Opole	Uniwersytecki Szpital Kliniczny al. W. Witosa 26	77 452 01 67
Poznań	Szpital Kliniczny UM ul. Szpitalna 27/33	618 491 430, 504 805 561
Radom	Radomski Szpital Specjalistyczny ul. Lekarska 4	48 361 54 54
Rzeszów	Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 ul. Lwowska 60	17 866 41 90, 17 866 44 79
Szczecin	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 PUM ul. Unii Lubelskiej 1	91 425 34 08
Wrocław	Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. T. Chałubińskiego 2/2a	71 733 16 00
Warszawa	Dziecięcy Szpital Kliniczny UCK WUM ul. Żwirki i Wigury 63a	22 317 92 01
	Instytut Diabetologii ul. Raclawicka 129, lok. 2U	505 795 484, 22 616 44 74
	Instytut Matki i Dziecka ul. Kasprzaka 17a	22 32 77 360
	Instytut „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” al. Dzieci Polskich 20	22 815 10 00, 801 051 000
Zielona Góra	Szpital Uniwersytecki ul. Żyty 26	68 329 62 00



Gdy dzieci kończą 18 lat, przechodzą z opieki pediatrycznej do internistycznej. Lekarze w ośrodkach dla dorosłych często nie mają przeszkolenia w kierunku cukrzycy typu 1 i nowych technologii, co może powodować pogorszeniem wyrównania glikemii. Z względu na te trudności, została stworzona lista placówek z lekarzami specjalizującymi się w cukrzycy typu 1.

Lista poradni diabetologicznych dedykowanych młodym dorosłym z cukrzycą typu 1:

Miasto	Poradnia przejściowa – dla młodych dorosłych	Telefon/e-mail
Białystok	Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a	85 831 77 99
	Specjalistyczny Ośrodek Internistyczno-Diabetologiczny ul. L. Zamenhofska 10/20	85 664 40 50
Gdańsk	Regionalne Centrum Diabetologii Centrum Medycyny Nieinwazyjnej Uniwersyteckie Centrum Kliniczne ul. M. Smoluchowskiego 17	rejestracja: 58 727 05 05, sekretariat: 58 584 42 60
Kraków	Szpital Uniwersytecki ul. M. Jakubowskiego 2	12 400 10 00
Lublin	Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli ul. dr. K. Jaczewskiego 7	rejestracja: 81 4541466
Łódź	Centralny Szpital Kliniczny UM ul. Pomorska 251 Poradnia Diabetologiczna, budynek A1	rejestracja: 42 201 42 40, ckd.poradnie. specjalistyczne@ csk.umed.pl
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 ul. S. Żeromskiego 113	42 639 34 65, z.spec.s@usk2.lodz.pl
Nowy Sącz	Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego Al. Wolności 49	18 44 25 636, 606 944 343
Olsztyn	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny ul. Żołnierska 16b	rejestracja: 89 544 42 00
Opole	Szpital Wojewódzki ul. Katowicka 64	tel. 77 443 35 53
Ostrowiec Świętokrzyski	Wielospecjalistyczny Szpital ul. K. Szymanowskiego 11	41 261 34 56
Poznań	Szpital Miejski im. F. Raszei ul. A. Mickiewicza 2	61 224 53 28, tranzycja@raszeja.poznan.pl

Rzeszów	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. F. Chopina ul. F. Szopena 2	17 866 62 00, diabetologia@szpital. rzeszow.pl
Szczecin	Centrum Medyczne Balticmed Kaszubska ul. Kaszubska 52	573 871 424
	Poradnia Diabetologiczna – NZOZ Przychodnia Medycyny Rodzinnej ul. W. Kadłubka 10–11	91 506 63 33. 91 422 34 61
	Poradnia Diabetologiczna przy SPS ZOZ „Zdroje” ul. Mączna 4	91 88 06 172
	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony ul. W. Broniewskiego 2	91 500 05 00. 91 813 97 55
Warszawa	Poradnia diabetologiczna IMID, Budynek Lipsk, piętro I, pok. 112–114 ul. M. Kasprzaka 17a	call center: 22 327 70 50, poradnia: 22 327 73 60, poradnia.diabetologiczna@ imid.med.pl
	Warszawskie Specjalistyczne Centrum Leczenia Chorób Cywilizacyjnych Szpital Czerniakowski ul. Stępińska 19/25	22 318 63 80, poradnia.diabetologiczna@ szpitalczerniakowski.waw.pl
Wrocław	Poradnia Diabetologiczna dla Dorosłych Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza ul. Warszawska 2	rejestracja: 713 774 137, 713 774 138, koordynator: 713 774 225, poradnia.diabetologiczna@ falkiewicza.pl
Zabrze	Poradnia Diabetologiczna Szpital Kliniczny nr 1 ul. 3 go Maja 13/15	32 370 44 30
	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach ul. M. Skłodowskiej-Curie 10	32 271 37 56
Zielona Góra	Szpital Uniwersytecki im. K. Marcinkowskiego Poradnia diabetologiczna przyszpitalna ul. Żyty 26	rejestracja 68 329 62 00, poradnia 68 329 65 16

Lista poradni przyszpitalnych dla osób dorosłych w miastach wojewódzkich:

Miasto	Przyszpitalne poradnie diabetologiczne	Telefon
Białystok	SPZOZ MSWiA w Białymstoku im. M. Żyndrama-Kościałkowskiego ul. Fabryczna 27	530 010 717
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a	85 831 77 99
Bydgoszcz	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny ZOZ MSWiA ul. ks. R. Markwarta 4-6	52 582 62 98
	SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką ul. Powstańców Warszawy 5	261 417 300
	Szpital Uniwersytecki Nr 1 im. dr. A. Jurasza ul. M. Skłodowskiej-Curie 9	52 585 40 53
	Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. dr. J. Biziela ul. K. Ujejskiego 75	52 365 59 (97-99)
Gdańsk	Szpital im. M. Kopernika ul. Powstańców Warszawskich 1-2	58 772 39 50
	SPZOZ MSWiA ul. Kartuska 4/6	58 309 82 22
	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne ul. M. Smoluchowskiego 17	58 349 26 05
Katowice	Katowickie Centrum Onkologii ul. Raciborska 27, 28	32 420 03 41
	Szpital Kliniczny nr 7 SUM ul. Ziołowa 45-47	32 359 81 04
Kielce	Świętokrzyskie Centrum Onkologii ul. S. Artwińskiego 3	41 367 42 08
	SPZOZ MSWiA im. św. Jana Pawła II ul. Wojska Polskiego 51	41 260 42 29
	Wojewódzki Szpital Zespolony ul. Grunwaldzka 45	41 367 12 55
Kraków	Szpital Uniwersytecki ul. M. Kopernika 23	12 424 85 30
	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla al. F. Focha 33	12 687 64 60
	Szpital MSWiA ul. Kronikarza Galla 25	12 333 60 60
	Szpital Uniwersytecki ul. M. Jakubowskiego 2	12 400 10 00
	5. Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ ul. Wrocławska 1-3	12 630 83 24
Lublin	Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej im. św. Jana z Dukli ul. K. Jaczewskiego 7	81 454 1 (500-503)
	Instytut Medycyny Wsi im. W. Chodźki ul. K. Jaczewskiego 2	81 718 45 01

Lublin	SPZOZ MSWiA ul. Grenadierów 3	81 478 75 55
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 ul. M. Langiewicza 6a	81 524 78 20
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 4 ul. K. Jaczewskiego 8	81 718 21 21
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. S. kard. Wyszyńskiego SPZOZ al. Kraśnicka 100	81 537 41 71, 81 532 26 30
Łódź	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa ul. Nowa 30/32	726 700 004
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 UM pl. gen. J. Hallera 1	42 639 35 92
	Bonifraterskie Centrum Medyczne ul. Kosynierów Gdyńskich 61	42 220 30 30
	Miejskie Centrum Medyczne im. dr. K. Jonschera ul. Milionowa 14	42 676 17 90
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego ul. S. Kopcińskiego 22	42 291 95 95
	Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki ul. Rzgowska 281/289	42 200 62 62 wew. 2
	Centralny Szpital Kliniczny UM ul. Pomorska 251	42 201 46 46
Olsztyn	Miejski Szpital Zespolony ul. Mariańska 4	89 532 62 97
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny ul. Żołnierska 16b	89 544 42 00
Opole	SPZOZ MSWiA ul. Krakowska 44	77 401 11 72
	Szpital Wojewódzki ul. Katowicka 64a	77 443 35 53
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny al. W. Witosa 26	77 452 01 67
Poznań	Szpital Miejski im. F. Raszei ul. A. Mickiewicza 2	61 224 53 28
	SPZOZ MSWiA im. prof. L. Bierkowskiego ul. Dojazd 34	61 846 47 47
	Szpital Wojewódzki ul. Juraszów 7-19	61 821 24 14
	Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia ul. Szwajcarska 3	61 837 90 16
Rzeszów	SPZOZ MSWiA ul. Krakowska 16	17 864 33 47
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. F. Chopina ul. F. Szopena 2	17 866 62 00
	Szpital Wojewódzki Nr 2 im. św. Jadwigi Królowej ul. Lwowska 60	459 595 985

Szczecin	Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 PUM ul. Powstańców Wielkopolskich 72	91 466 13 22
	109. Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ ul. P. Skargi 9-11	91 810 59 31
	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny ZOZ „Zdroje” ul. Mączna 4	91 880 66 38
Toruń	Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopernika ul. S. Batorego 17/19	56 610 03 12
	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera ul. św. Józefa 53/59	56 679 35 87
Warszawa	Warszawski Szpital Południowy ul. rtm. W. Pileckiego 99	22 602 05 50
	Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej ul. Krasińskiego 54/56	261 852 873, 725 880 037
	Szpital Wolski im. dr A. Gostyńskiej ul. M. Kasprzaka 17	22 389 48 00
	Szpital Grochowski im. dr. R. Masztaka ul. Grenadierów 51/59	22 515 27 11
	Mazowiecki Szpital Bródnowski ul. L. Kondratowicza 8	22 326 52 26
	Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki SPZOZ ul. Ceglowska 80	22 569 04 70, 22 569 01 96,
	Szpital Czerniakowski SPZOZ ul. Stępińska 19/25	22 318 63 80
	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM ul. S. Banacha 1a	22 460 80 00
	Państwowy Instytut Medyczny MSWiA ul. Wołoska 137	477 221 444
Wrocław	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego ul. Borowska 213	71 733 16 00
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego ul. L. Pasteura 4	71 784 26 41
	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego ul. Borowska 213	71 733 16 00
	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka ul. gen. A.E. Fieldorfa 2	71 306 44 19
	Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza ul. Warszawska 2	71 377 41 00
Zielona Góra	SPZOZ MSWiA ul. Wazów 42	68 452 77 78
	Szpital Wojewódzki SPZOZ ul. Zyty 26	68 329 65 16

18. Gdzie szukać pomocy?

Liczba zachorowań na cukrzycę niestety rośnie z każdym rokiem. Wzrasta też potrzeba pomocy osobom chorującym i rodzinom osób z cukrzycą typu 1. Tworzą się **lokalne grupy wsparcia**, które z czasem przeradzają się w **większe organizacje**. Tam znajdziecie wsparcie w trudnych sytuacjach – pracują tam ludzie, którzy mają **doświadczenie**, a jeśli oni nie będą mogli pomóc, to na pewno skierują Was do miejsc, gdzie tę pomoc otrzymacie.

Aspektów i problemów wynikających z nowej rzeczywistości, w której się znaleźliście, jest bardzo dużo. **Nie bójcie się pytać**. Szok diagnozy, przyspieszony kurs funkcjonowania z cukrzycą typu 1 oraz ogromna ilość informacji powodują, że nie wszystko potrafimy zapamiętać. I lepiej jest pytać. Upewniać się. Szukajmy informacji u lekarzy prowadzących, diabetologów, na sprawdzonych, kontrolowanych stronach internetowych, dzwońmy do wiarygodnych organizacji. Nie warto opierać się na niesprawdzonych informacjach pochodzących z nieautoryzowanych dyskusji internetowych, bo powodują chaos informacyjny i w efekcie rodzą dodatkowe wątpliwości. **Sprawdzone strony internetowe to:**

- mojacukrzyca.org
- facebook: pancukrzyca
- nieslodze.com
- youtube.com/@nieslodze
- youtube.com/@wzwiakzuczukrzyca
- kursnacukrzyce.pl
- add.edu.pl (Akademia Doskonalenia w Diabetologii)
- fundacja-cukrzyca.pl



19. O Fundacji dla Dzieci i Dorosłych z Cukrzycą

Fundacja dla Dzieci Dorosłych z Cukrzycą działa od 1993 roku. Obecnie z naszego wsparcia korzysta regularnie około 4 tysięcy podopiecznych rocznie, z czego ok. 2 tysiące posiada subkonto w Fundacji. Celem statutowym Fundacji jest **wszechstronna pomoc** rodzinom, dzieciom, młodzieży oraz dorosłym chorującym na cukrzycę niezależnie od jej typu, oraz **upowszechnianie zdrowego stylu życia**. Uczymy, jak żyć z cukrzycą, jak unikać zagrożeń wynikających z choroby, jak minimalizować prawdopodobieństwo odległych i ostrych powikłań.



Zapraszamy do korzystania z naszej bogatej oferty wsparcia w następujących obszarach:

- **edukacja** w zakresie zarządzania cukrzycą, dietytyki, psychologii, nowych technologii i innych obszarów związanych z terapią i rehabilitacją (spotkania jednorazowe lub cykliczne, indywidualne oraz grupowe, np. w ramach projektu Kierunek Aktywność – szczegóły odnośnie projektu znajdziesz na stronie fundacja-cukrzyca.pl w zakładce Projekty / Kierunek Aktywność);
- **zabiegi rehabilitacyjne** (np. laseroterapia, która pomaga zregenerować uszkodzone przez insulinoterapię miejsca);
- **możliwość gromadzenia i wykorzystywania środków finansowych** na pokrycie kosztów leczenia (subkonta, 1,5%, organizacja zbiórek publicznych, etc.; patrz rozdz. 16);
- różnego rodzaju **wsparcie** osób dorosłych, pozbawionych możliwości skorzystania z refundacji NFZ;
- **szkolenia** oraz pomoc w korzystaniu z **nowych rozwiązań technologicznych** w obszarze zarządzania cukrzycą (patrz rozdz. 13);
- **oferta sportowa**: obozy i turnieje;

- **turnusy rehabilitacyjne** rodzinne lub indywidualne (kolonie, zimowiska), bogate w zabiegi rehabilitacyjne, intensywny program integracyjno-sportowy, a także spotkania z psychologiem, indywidualne konsultacje z dietetykiem, prelekcje o najnowszych trendach w leczeniu cukrzycy (patrz rozdz. 9);
- **imprezy sportowe oraz rekreacyjno-integracyjne** (Dzień Dziecka, DOM – Dajmy Odpocząć Mamom, mikołajki, bale karnawałowe);
- **szkolenia edukacyjne** dla kadry w placówkach oświatowych na terenie całego kraju, do których uczęszczają dzieci z cukrzycą oraz dla ZOZ-ów zatrudniających pielęgniarki szkolne (patrz rozdz. 12).

Mimo że siedziba Fundacji mieści się w Warszawie, staramy się docierać z pomocą do **wszystkich zakątków Polski**. Obecnie (marzec 2025 r.) funkcjonuje **6 filii** (Grup Wsparcia) realizujących działania statutowe Fundacji w województwach: zachodniopomorskim, pomorskim, podlaskim, łódzkim, lubelskim i małopolskim. Wiele spotkań szkoleniowych oraz imprez integracyjnych odbywa się na terenie całego kraju. Wykorzystujemy możliwości technologiczne pozwalające na spotkania zdalne zarówno dla podopiecznych i ich rodzin, jak i dla pracowników oświatowych. Z powodzeniem organizujemy również zdalne warsztaty artystyczne dla dzieci, np. bożonarodzeniowe czy wielkanocne.

Staramy się rozpoznawać potrzeby osób z cukrzycą typu 1 oraz ich rodzin i na bieżąco dostosowywać do nich naszą ofertę. Mamy nadzieję, że każda osoba z cukrzycą znajdzie w niej coś dla siebie. W razie pytań i wątpliwości **zachęcamy do bezpośredniego kontaktu z Fundacją** – postaramy się znaleźć odpowiedź na każde, nawet najtrudniejsze „cukrzycowe” pytanie!

fundacja-cukrzyca.pl/kontakt/



WSPIERAMY • DORADZAMY • SZKOLIMY

20. Zakończenie

Diaгноza zmienia życie dziecka i całej rodziny. Wkraczanie w tę nową rzeczywistość wydaje się niepewne jak chodzenie po linie. Trzeba mieć siłę, żeby się w niej odnaleźć i skutecznie pomóc dziecku. **Pamiętajcie, że nie jesteście sami.** Wokół są ludzie, którzy chętnie pomogą. A patrząc przez pryzmat doświadczeń własnych oraz wielu rodziców dzieci z cukrzycą, doskonale wiemy, że wszystko się ułoży, że jeszcze będzie pięknie... Czy dacie radę? Chociaż nie macie teraz tej pewności (my też jej kiedyś nie miałyśmy), to ponad wszelką wątpliwość możemy Wam powiedzieć:

Tak! Dacie radę!

Marta Kicińska

O słodkim Franku

O Franku chciałam Wam opowiedzieć.
Od czego zacząć? Cóż – w głowie pustka.
Może jak bajkę: Pewnego razu...
zaszwanowała Frankowi trzustka.

Był coraz słabszy, choć jadł za dwoje.
I ciągle głodny z takiej przyczyny,
że do komórek ciała Franusia
cukier nie wchodził bez insuliny.

Od jej produkcji jest właśnie trzustka,
ona jak kluczyk otwiera drzwiczki,
by do komórek wprowadzić cukier
z różnych posiłków – nie z cukierniczki.

Bo to, co jemy: chleb, ryż czy bułka,
jabłko, ziemniaczki, mleko, banany,
ma w sobie cukier, który nas żywi.
Zwiemy go także „węglowodany”.

Cukier u Franka w krwi pozostawał,
i coraz więcej, więcej go było.
Chłopiec pił tyle, co Smok Wawelski,
bardzo był senny i wciąż go mliło.

Siusia! co chwilę, był coraz chudszy,
aż w końcu lekarz zlecił badanie.
Z krwi wyczytano, że to cukrzyca:
„Czas do szpitala, mój drogi panie!”

Szpital? Okropność, lecz cóż, zostaje.
Trafił na oddział dla diabetyków.
A tam na niego sporo czekało
klucia paluszków oraz zastrzyków.

Nieraz zapłakał, choć nie był tchórzem.
Po prostu nagle tyle nowości.
Czy jeszcze zagra z kumplami w piłkę?
Pójdzie na lody czy musi pościć?

Wkrótce mu lekarz wszystko wyjaśnił.
Mówił troskliwie, lecz prosto z mostu:
„Ponieważ braknie ci insuliny –
dawać ją musisz z zewnątrz po prostu”.

Franek nauczył się bardzo szybko,
łebek miał przecież nie od parady!
I ty wszystkiego też się nauczysz.
Nie myśl przypadkiem, że nie dasz rady!



CUKRZYCA – JAK POMÓC?



HIPOGLIKEMIA



DRŻENIE RĄK



OSŁABIENIE



UTRATA
PRZYTOMNOŚCI



GLUKAGON



HIPERGLIKEMIA



DUŻE PRAGNIENIE



SENNOŚĆ



INSULINA





Jeśli odprowadzasz się na lotnisku, przyjedź na nie odpowiednio wcześniej, aby dotrzeć na czas do wyznaczonej bramki. Słuchaj uważnie komunikatów!

Pamiętaj, by podczas odprawy biletowo - paszportowej kosmetyczkę z niezbędnymi sprzętami diabetologicznymi umieścić w bagażu podręcznym.

Możesz w nim przewozić wszystkie potrzebne przedmioty, w tym igły do penów i nakłuwacze, glukagon, insulinę, wkłucia do pompy insulinowej itp.

W bagażu rejestrowanym również możesz przewozić wszystkie przedmioty oraz leki, w tym insulinę, ponieważ nie ma ryzyka zamarznięcia.

Jeśli umieszczasz w nim zapasową pompę insulinową lub inne urządzenie na baterię, upewnij się, że jest ono wyłączone oraz że bateria jest z niego wyjęta i zabezpieczona osobno.

Pamiętaj, że kontrola bezpieczeństwa obowiązuje wszystkich pasażerów bez wyjątku.

Przed przejściem przez bramkę kontroli bezpieczeństwa pokaż zaświadczenie medyczne osobie przeprowadzającej kontrolę.

Wylóż na taśmę przed urządzeniem rentgenowskim kosmetyczkę z niezbędnymi sprzętami diabetologicznymi.

Jeśli korzystasz z telefonu sparowanego z systemem do ciągłego monitorowania poziomu glukozy, pamiętaj, by po wejściu do samolotu przełączyć telefon na tryb samolotowy.

Następnie możesz uruchomić samą funkcję Bluetooth, by móc dokonywać odczytów glikemii w czasie lotu.

Bramki kontroli bezpieczeństwa nie mają negatywnego wpływu na działanie pompy insulinowej oraz systemu do ciągłego monitorowania poziomu glukozy. Niemniej jednak możesz zdecydować o odpięciu pompy na moment przejścia przez bramkę i podaniu jej poza bramką.

W czasie lotu śmiało wykonuj wszelkie niezbędne w terapii cukrzycy czynności, w szczególności takie jak pomiar poziomu glikemii i podanie insuliny. Informuj personel pokładowy o wszelkich Twoich obawach i pytaniach. W razie potrzeby posługuj się zaświadczeniem medycznym.





.....

(stamp of medical clinic)

(date of issuance)

Medical certificate

This is to certify that Mrs / Mr
passport no., PESEL no.
suffers from type 1 diabetes mellitus and is treated with
insulin pump.

Patient treated with insulin pump needs to carry the following items in hand carry-on luggage:

- ☐ Insulin pump infusion sets
- ☐ Insulin
- ☐ Spare batteries for insulin pump
- ☐ Insulin pens (syringes) and needles
- ☐ Finger pricking lancets
- ☐ Glucose meters and test strips
- ☐ Gluca-gen hypo kit (life saving device)
- ☐ Disinfecting and dressing items
- ☐ Glucose in gel and in pills
- ☐ Continuous Glucose Monitoring system



Damage or removal of an infusion set connecting the pump to the body will result in shortage of insulin delivery for the patient and may trigger serious health issues as well as lead to life threatening complications.

Due to specifics of the medical treatment with insulin pump, as well as impossibility to purchase pump infusing equipment as well as other accompanying devices outside of the place of patient's residence, the patient needs to carry all these items in hand carry-on luggage. Lack or loss of any of these items will result in discontinuation of pump therapy for the patient and may trigger serious health issues as well as lead to life threatening consequences.

.....

Stamp and signature of doctor



.....

(stamp of medical clinic)

(date of issuance)

Medical certificate

This is to certify that Mrs / Mr
passport no., PESEL no.
suffers from type 1 diabetes mellitus and is treated with
insulin pens (insulin delivery syringes).

Due to specifics of the medical treatment with insulin pens, as well as impossibility to purchase pens' accompanying equipment outside of the place of patient's residence, the patient needs to carry all necessary items in hand carry-on luggage. Lack or loss of any of these items will result in discontinuation of diabetes therapy for the patient and may trigger serious health issues as well as lead to life threatening consequences.

Patient treated with insulin pens needs to carry the following items in hand carry-on luggage:

- Insulin
- Insulin pens (syringes) and needles
- Finger pricking lancets
- Glucose meters and test strips
- Gluca-gen hypo kit (lifesaving device)
- Disinfecting and dressing items
- Glucose in gel and in pills
- Continuous Glucose Monitoring system



.....

Stamp and signature of doctor



RAZEM MOŻEMY WIĘCEJ!

Wspieramy • Doradzamy • Szkolimy



**CUKRZYCA
& SPÓŁKA**
FUNDACJA

fundacja-cukrzyca.pl

FUNDACJA DLA DZIECI I DOROSŁYCH Z CUKRZYCĄ



Dowiedz się
więcej

Innowacje zmieniające życie.

System
MiniMed™
780G



System
Smart MDI



Sensor
Simplera Sync™

Sensor
Simplera™

Niezależnie co preferujesz, pompę insulinową czy peny,
Medtronic dostarcza **najnowszą technologię** w leczeniu cukrzycy.

To jest wyrób medyczny.

Używaj go zgodnie z instrukcją obsługi bądź etykietą.

System MiniMed™ 780G wyposażony w technologię podłączania urządzeń inteligentnych i w technologię SmartGuard™. Pompa insulinowa MiniMed™ 780G jest przeznaczona do stosowania przez pacjentów w wieku 7–80 lat z cukrzycą typu 1, u których całkowita dobową dawkę insuliny wynosi 8 jednostek dziennie lub więcej. System MiniMed™ 780G jest przeznaczony do ciągłego podawania insuliny bazowej (przy wartości przepływu wybranej przez użytkownika) i podawania bolusów insuliny (o wielkościach wybranych przez użytkownika). System jest również przeznaczony do ciągłego monitorowania wartości glukozy w płynie śródtkankowym. Simplera™ to system ciągłego monitorowania glikemii (ang. *continuous glucose monitoring*, CGM) w czasie rzeczywistym przeznaczony do zarządzania terapią cukrzycy u osób w wieku 2 lat i starszych. Simplera™ jest przeznaczony do osobistego użytku przez osoby chorujące na cukrzycę i ma im pomagać w zarządzaniu terapią cukrzycy, a także do użytku przez rodziców i opiekunów, którzy pomagają osobom chorym w zarządzaniu terapią cukrzycy. InPen™ jest przeznaczony do wielokrotnego stosowania u jednego użytkownika przez osoby z cukrzycą w celu samodzielnego wstrzyknięcia pożądanej dawki insuliny. Wstrzykiwacz InPen™ jest kompatybilny z wkładami o pojemności 3,0 ml insuliny (U-100) oraz jednorazowymi, odłączanymi igłami igły (brak w zestawie). Wstrzykiwacz InPen™ umożliwia użytkownikowi podanie żądanej dawki insuliny od 0,5 do 30 jednostek co (1/2) jednostki przyrostu i automatycznie przesyła informacje o podanej dawce do kompatybilnego urządzenia z aplikacją.

Uwaga: Reklama nie jest kierowana do dzieci. Podmiot prowadzący reklamę: Medtronic Poland sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie Producent: Medtronic MiniMed z siedzibą w Northridge, USA, Upoważniony przedstawiciel: Medtronic B.V. z siedzibą w Harleen, Niemalandy

dexcom G7

G7



Stworzony dla prostego i skutecznego zarządzania cukrzycą

Nowy system ciągłego monitorowania glukozy w czasie rzeczywistym Dexcom G7 przesyła dane dotyczące stężenia glukozy do smartfona[†], smartwatcha lub opcjonalnego odbiornika[‡] – bez nakłuwania palca^{*} czy skanowania.



Dowiedz się więcej na www.dexcompolska.pl

^{*} Jeśli objawy nie odpowiadają odczytom sensora Dexcom G7, w celu podejmowania decyzji terapeutycznych należy korzystać z glukometru.

[†] Lista kompatybilnych urządzeń znajduje się na www.dexcom.com/compatibility.

[‡] Odbiornik można nabyć jako opcjonalne urządzenie wyświetlające.

Systemy ciągłego monitorowania poziomu glukozy Dexcom G6, G7 oraz Dexcom ONE+ są wskazane do stosowania u osób od 2. roku życia, w tym również u ciężarnych kobiet. Systemy Dexcom G6, G7 i Dexcom ONE+ zaprojektowano, aby zastąpić testy z opuszek palców, stosowane do oznaczania poziomu glukozy w celu podejmowania decyzji terapeutycznych.; Producent: Dexcom, Inc.; Autoryzowany przedstawiciel: MDSS GmbH; Oficjalny dystrybutor Dexcom w Polsce i podmiot prowadzący reklamę: Proglikemia Sp. z o.o. DXCM00000115PL

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

TouchCare

System Zarządzania Insulinami



NAJMNIEJSZA BEZDRENOWA POMPA NAJWIĘKSZA SWOBODA DZIAŁANIA

Bezdrenowa pompa insulinowa przeznaczona jest do ciągłego podskórnego podawania insuliny, w ustalonych lub regulowanych dawkach, w celu kontrolowania cukrzycy u osób wymagających leczenia przy pomocy insuliny. Przeznaczona dla jednego użytkownika pod nadzorem lekarza od 2 do 75 roku życia u osób chorujących na cukrzycę typu 1. Pompa może być sterowana za pomocą pilota, a także aplikacji EasyPatch, która stanowi dodatkowe narzędzie do monitorowania jej pracy.

Bezdrenowa pompa insulinowa
Touchcare **NIE WSPÓŁPRACUJE**
z systemem ciągłego monitorowania
glikemii Sibionics GS1



SIBIONICS

SYSTEM CIĄGŁEGO
MONITOROWANIA GLIKEMII

DEDYKOWANY PACJENTOM

JUŻ OD 3 ROKU ŻYCIA

System ciągłego monitorowania glukozy Sibionics GS1 przeznaczony jest do stosowania u pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2 od 3 roku życia. Służy do ciągłego monitorowania stężenia glukozy w płynie śródtkankowym w czasie rzeczywistym, do jednorazowego użytku. System Sibionics GS1 może zastąpić pomiar stężenia glukozy poprzez pobranie próbki krwi z opuszki palca, w celu podejmowania decyzji dotyczących leczenia cukrzycy, w tym dawkowania insuliny.

Sibionics:

Producent: Shenzhen SiSensing Co., Ltd.
Upoważniony przedstawiciel: Shanghai International
Holding Corp. GmbH (Europe)

Touchcare:

Producent: Medtrum Technologies Inc.
Upoważniony przedstawiciel: MedtrumB.V

Importer i podmiot prowadzący reklamę:
Diagnosis S.A. ul. Gen. W. Andersa 38A, 15-113 Białystok, Polska

**TO JEST WYRÓB MEDYCZNY. UŻYWAJ GO ZGODNIE
Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA LUB ETYKIETĄ.**



Dokładność MARD¹ 8,66%

Do 15 dni działania sensora

Decyzje terapeutyczne²

Intuicyjna aplikacja LinX CGM

Sensor 2 w 1 – pomiar i transmisja danych w jednym urządzeniu

Wodoodporny³



Google Play
Android 10.0
lub nowszy



www.linxcgm.pl



App Store
iOS 14.0
lub nowszy

800 800 619
Bezpłatna infolinia



MicroTech Medical (Hangzhou) Co., Ltd.



Lotus NL B.V.



Synoptis Industrial Sp. z o.o.

Dystrybutor i podmiot prowadzący reklamę:
Synoptis Pharma Sp. z o.o.

Poznaj LinX i połącz się ze sobą!

System ciągłego monitorowania glukozy przeznaczony dla pacjentów chorych na cukrzycę

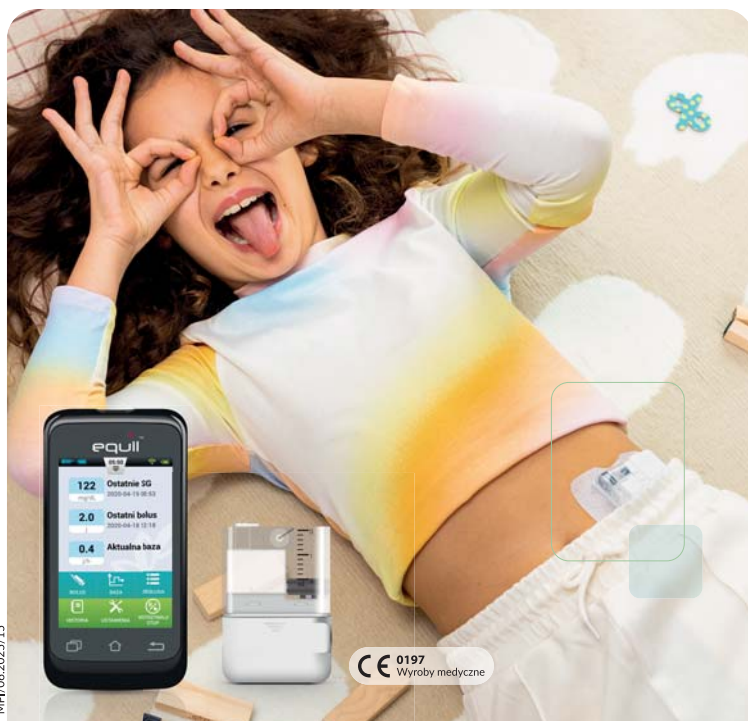


CE 0197
Wyrób medyczny

1. Wskaźnik dokładności systemów do monitorowania poziomu glukozy (CGM). 2. Wyniki pomiarów mogą posłużyć do podjęcia decyzji terapeutycznych. 3. Sensor jest wodoodporny i pyłoszczelny (stopień ochrony IP68), można go nosić pod przyszcicem i podczas pływania, ale nie należy zanurzać sensora w wodzie na głębokość większą niż 2 metry na dłużej niż 3 godzinę.

LinX system ciągłego monitorowania glukozy składa się z: LinX sensora systemu ciągłego monitorowania glukozy (model: CX-01S) oraz aplikacji LinX do ciągłego monitorowania glukozy na urządzeniu z systemem Android (model: RC2109) i na urządzeniu z systemem iOS (model: RC2107). System ten ma na celu ciągły pomiar poziomu glukozy w płynie śródtkankowym i został opracowany w celu zastąpienia badania poziomu glukozy we krwi z opuszczenia palca przy podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia cukrzycy. Przeznaczony jest dla dorosłych (18+), z wyłączeniem kobiet w ciąży. Sensor i aplikacja to wyroby medyczne. Smartfon nie wchodzi w skład systemu – należy go zakupić osobno.

TO JEST WYRÓB MEDYCZNY. UŻYWAJ GO ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA LUB ETYKIETĄ.



CE 0197
Wyroby medyczne

equilTM

Bezdrenowa

**Mikro pompa
insulinowa marki EquilTM**

*Wspiera
dziecięcy świat!*

800 800 619
www.equil.pl

Mikro pompa insulinowa marki EquilTM

Produkt ten jest przeznaczony do podskórnego podawania insuliny U-100 przy ustalonych i zmiennych dawkach w celu leczenia cukrzycy u osób wymagających podawania insuliny. Zbiornik na insulinę to wyrób medyczny do zastosowania z Mikro pompą insulinową marki EquilTM i służy do przechowywania insuliny U-100. Zestaw infuzyjny to sterylizowany wyrób medyczny, służy do podskórnego podawania insuliny U-100 przy użyciu Mikro pompy insulinowej marki EquilTM.

Dystrybutor i podmiot prowadzący reklamę:
Synoptis Pharma Sp. z o.o.



MicroTech Medical
(Hangzhou) Co., Ltd.



Lotus NL B.V.



Synoptis
Industrial Sp. z o.o.

TO JEST WYRÓB MEDYCZNY. UŻYWAJ GO ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ UŻYWANIA LUB ETYKIETĄ.

O Autorkach



Marta Ośmiańska

Z Fundacją dla Dzieci i Dorosłych z Cukrzycą związana jestem od 2015 r. Od 2019 r. zaś pełnię w niej funkcję wiceprezes Zarządu. Jestem odpowiedzialna za działania edukacyjne Fundacji (szkolenia diabetologiczne w szkołach i przedszkolach) oraz zarządzanie jej kadrą edukatorską. Prowadzę też fundacyjne turnusy rehabilitacyjne. Jestem mamą młodego dorosłego z cukrzycą typu 1 – po jego diagnozie trafiłam pod skrzydła Fundacji. W kwestii diabetologicznej jest jeszcze dużo do zrobienia, a ja, gdy widzę potrzeby, to działam! Stąd też wzięła się chęć napisania tej broszury.

Ewa Małolepsza

Gdy w 2016 r. zachorował mój syn, szukałam w Fundacji wsparcia. Dziś sama wspieram zgłaszających się opiekunów dzieci z cukrzycą typu 1, prowadzę szkolenia na Oddziale Diabetologicznym Dziecięcego Szpitala Klinicznego UCK WUM w Warszawie. Organizuję fundacyjne turnusy rehabilitacyjne i spotkania integracyjne. Wykształcenie pedagogiczne i wieloletnie doświadczenie w pracy animacyjnej i działaniach prospołecznych pomagają mi wypełnić misję wspierania innych. To wielka nagroda, gdy po rozmowie z opiekunami dziecka z cukrzycą słyszę: „Zaczynam wierzyć, że damy radę”. Pamiętam czasy, gdy to ja zaczynałam mierzyć się z chorobą syna, dlatego wiem, że broszura taka jak ta jest bardzo potrzebna. Rodzice, którzy zgłaszają się do Fundacji, są całkowicie zagubieni – niniejsze opracowanie ma być dla nich podstawową, podręczną pomocą.



Katarzyna Szybiak

Ukończyłam studia magisterskie na kierunku dietetyka na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Cukrzycą zajmuję się, ponieważ każdy przypadek jest inny i nic nie jest absolutnie pewne – choroba ta wymaga świeżego spojrzenia i częstego poszukiwania nowych rozwiązań. Doświadczenie zdobywałam, m.in. pracując jako dietetyk w jednym z warszawskich przedszkoli – placówce specjalizującej się w opiece nad dziećmi z cukrzycą typu 1. Od 2018 r. działam w Fundacji dla Dzieci i Dorosłych z Cukrzycą, jestem edukatorem społecznym w cukrzycy, posiadam także kwalifikacje pedagogiczne. Prowadzę blog dietetykocukrzyca.pl, na którym dzielę się swoją wiedzą żywieniową z osobami cukrzycą typu 1.



Beata Zduńczyk

Pracuję jako psycholog kliniczny w Zakładzie Psychologii Klinicznej Dzieci i Młodzieży Dziecięcego Szpitala Klinicznego UCK WUM, który powstał po przeniesieniu dwóch innych szpitali – z ul. Działdowskiej i ul. Litewskiej. To właśnie przy ul. Działdowskiej w 1994 r. rozpoczęła się moja przygoda z cukrzycą typu 1 i Fundacją dla Dzieci i Dorosłych z Cukrzycą (wówczas Stołeczną Fundacją dla Dzieci z Cukrzycą) – jako stażująca tam studentka wyjechałam na obóz dla dzieci z cukrzycą. Szkolenie podobne do tego, jakie rodzice przechodzą po rozpoznaniu u dziecka choroby, oraz codzienny kontakt z uczestnikami obozu uświadomiły mi skalę społecznej niewiedzy na temat potrzeb dzieci z cukrzycą i ich rodzin, a równocześnie ukazały ciężar rodzicielskiej odpowiedzialności za zdrowie i rozwój dziecka. Od tamtego czasu wzięłam udział w wielu różnych inicjatywach na rzecz dzieci z cukrzycą typu 1. Teraz zaś z chęcią podjęłam się współpracy w tworzeniu ważnej broszury – przewodnika dla rodziców w pierwszym etapie adaptacji do życia po diagnozie choroby u dziecka.



DIAGNOZA... I CO DALEJ?

Broszura dedykowana rodzicom,
opiekunom dzieci po diagnozie cukrzycy typu 1.
To podręczne ABC, które pomoże
odnaleźć się w nowej rzeczywistości. .



**CUKRZYCA
& SPÓŁKA**
FUNDACJA