ALLEGATO 3 bis

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI e/o PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI NEL DIABETE TIPO 1 IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

Il minore

Cognome.....…… Nome ……
nato/a il ..... a ..... residente a …….....

in Via …….....……....

affetto/a da diabete mellito di tipo 1

è attualmente in terapia insulinica intensiva con:

☐multiple iniezioni giornaliere (penne) ☐infusione continua (microinfusore)
presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/formativo la seguente terapia insulinica:

Nome dell'insulina:
…….
Orario, modalità e schema di somministrazione:
……
……
.....……
.....……
Modalità di conservazione del farmaco: l'insulina in uso può essere conservata a temperatura ambiente. L'insulina di scorta va conservata fra 4 e 8 gradi.

Il paziente è portatore di monitoraggio continuo della glicemia ☐sì ☐no

In caso di ipoglicemia grave con perdita di coscienza somministrare:

- glucagone (nome farmaco=.....) sottocute e/o intramuscolo alla dose: 1 fiala= 1 mg se il peso è ≥ 30 Kg, ½ fiala se minore

Modalità di conservazione del farmaco: a temperatura refrigerata (4-8 gradi). Se conservato a temperatura ambiente è stabile per 18 mesi.

I genitori del paziente sono stati correttamente istruiti su tutta la gestione terapeutica del diabete e sono ☐ non sono ancora ☐ idonei a dare indicazioni sulle variazioni della terapia.

Eventuali note:

……

……

……

……

...……

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

(1) Il medico del SSR che ha formulato il piano terapeutico e/o che ha prescritto la somministrazione del farmaco o l'intervento specifico