

## 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 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)

## ALLEGATO 3

### INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO

*Il minore*

cognome..... nome .....

nato il..... a..... residente a .....

in via .....

affetto dalla seguente patologia

.....

.....

***presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/ formativo  
la seguente terapia farmacologica:***

**nome del farmaco da somministrare quotidianamente:**

.....

modalità di somministrazione .....

orario di somministrazione/dose .....

modalità di conservazione del/i farmaco/i .....

e/o

**nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:**

.....

modalità di somministrazione .....

dose .....

modalità di conservazione del/i farmaco/i .....

e/o

**presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:**

.....

modalità di esecuzione .....

orario di esecuzione dell'intervento/i .....

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 intervento