

DIABETE MELLITO TIPO 1

PIANO D'AZIONE PERSONALIZZATO

Cognome e Nome* _____ Nato il * _____

CF/STP/ENI* _____ (16 caratteri) Scuola* _____

Classe/Sezione* _____ Telefono: genitore 1 * _____ genitore 2* _____

(campi obbligati)*

è attualmente in terapia insulinica intensiva con _____

*Il paziente è portatore di monitoraggio continuo della glicemia SI ☐ NO ☐

*Il paziente è portatore di microinfusore SI ☐ NO ☐

Presenta la necessità che in ambito ed orario scolastico/formativo venga somministrata la seguente terapia insulinica:

PASTI*	FARMACO*	DOSE FISSA*	DOSE CON CALCOLO

Si sottolinea che tale schema può essere soggetto a variazioni (anche quotidiane) da parte della famiglia o del medico.

I genitori del paziente sono stati correttamente istruiti su tutta la gestione terapeutica del diabete e:

(OBBLIGATO UN SOLO CAMPO dei SEGUENTI)

- ☐ SONO IDONEI a dare indicazioni sulle variazioni della terapia.
☐ NON SONO IDONEI a dare indicazioni sulle variazioni della terapia.

Si sottolinea che i tutor scolastici non possono somministrare farmaci sulla base di discrezionalità tecnica, e che quindi la posologia deve essere già predefinita da certificazione medica, o comunque contenuta entro range pre-definiti.

In caso contrario, e cioè in assenza dell'indicazione di una dose fissa o di un range predefinito, l'eventuale calcolo necessario per individuare la dose di insulina da somministrare è a carico del genitore.

Si precisa tuttavia che nella fase di formazione dei tutor scolastici, il personale sanitario formatore fa riferimento esclusivamente al dosaggio fisso/range pre-definito riportato sul certificato/prescrizione.

PARTE 2 - GESTIONE DELL'IPOGLICEMIA

Occasionalmente si può verificare un episodio di ipoglicemia anche durante la giornata (glicemia ≤ 70 mg/dl) e quindi anche durante l'orario scolastico, eventualmente associata a sintomatologia.

In presenza di allarme del sensore per ipoglicemia (se presente) o di sintomi (*fame eccessiva, irritabilità, sudorazione, pianto, pallore, confusione, mal di testa, difficoltà di concentrazione, vertigini, affaticamento, tremori, vista annebbiata, dolori addominali o nausea*) è indicato:

- eseguire una determinazione della glicemia capillare;
- in caso di riscontro di glicemia inferiore o uguale a 70 mg/dl è necessario:

*1) somministrare n° _____ bustina/e di zucchero da 5gr o glucosio (n° _____ fiala/e Glucosprint)

2) ricontrollare la glicemia dopo 15 – 20 minuti, eventualmente da sensore:

a) se ≥ 80 mg/dl o la freccia del sensore è rivolta verso l'alto, l'ipoglicemia è risolta;

*b) se < 80 mg/dl, assumere nuovamente _____ bustina/e di zucchero o glucosio.

***(CAMPI OBBLIGATI)**

In caso di IPOGLICEMIA GRAVE (perdita di coscienza, crisi convulsiva, emiparesi transitoria) deve essere immediatamente somministrato GLUCAGONE:

*nome farmaco _____ *dose: _____ *per via _____

CONTESTUALMENTE DEVONO ESSERE ATTIVATI I SOCCORSI - 112 ,E POI DEVONO ESSERE AVVISATI I GENITORI.

NB: TUTTI I FARMACI DEVONO ESSERE CONSERVATI A TEMPERATURA AMBIENTE, LONTANO DA FONTI DI CALORE, E RIPARATI DAL FREDDO E DAI RAGGI DIRETTI DEL SOLE. L'EVENTUALE INSULINA DI SCORTA VA INVECE CONSERVATA TRA 4 E 8 GRADI.

EVENTUALI CORREZIONI/INTEGRAZIONI DEVONO ESSERE CORREDATE DA DATA, TIMBRO E FIRMA DEL PRESCRITTORE.

IL PRESENTE MODULO EDITABILE DEVE ESSERE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, TRASFORMATO IN PDF NON MODIFICABILE E FIRMATO DIGITALMENTE

FIRMA Digitale o Timbro e Firma del medico*

Data* _____

* (Campi obbligati)