

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=..... ) Sottocutee/o intramuscolo alla dose: 1fiala=1mg se il peso è ≥30Kg, ½fiala 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<sup>1</sup>

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