



# LAC

liceo artistico statale renato cottini - torino



<b>PIANO INDIVIDUALE INTERVENTO DIABETE</b>		
<b>DA COMPILARE A CURA DEL PEDIATRA O DIABETOLOGO</b>		

## PIANO INDIVIDUALE D'INTERVENTO

Questo piano individuale di trattamento diabetologico costituisce uno strumento di supporto per il personale docente ed ATA, utile alla gestione del diabete a scuola, inclusa la somministrazione di farmaci in orario scolastico.

Nome e Cognome dello Studente \_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Scuola/Istituto \_\_\_\_\_

Data esordio del diabete \_\_\_\_\_

Numeri di contatto per informazioni

Madre \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_

Pediatra Libera Scelta/MMG \_\_\_\_\_

### GESTIONE QUOTIDIANA

#### Tipo di terapia insulinica

- Multi- iniettiva
- Microinfusore

#### Capacità del bambino di autogestione

- E' in grado di eseguire rilevazione della glicemia da solo
- E' in grado di stabilire la dose corretta di insulina da solo
- E' in grado di preparare da solo l'insulina che si deve somministrare
- E' capace di somministrarsi da solo l'insulina
- Necessita della supervisione dell'adulto per preparare ed eseguire l'insulina

#### Microinfusore

Valutazione complessiva della capacità dello studente di usare il microinfusore:

- insufficiente  sufficiente  buona  piena autonomia

Il ragazzo è in grado di:

- somministrare e calcolare il bolo corretto
- staccare e ricollegare il microinfusore
- gestire gli allarmi di malfunzionamento
- il ragazzo necessita di aiuto

persona di riferimento per l'aiuto all'uso del microinfusore \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

**MATERIALE A DISPOSIZIONE DELL'ALLIEVO A SCUOLA, DA FORNIRE DA PARTE DEI GENITORI**

- glucometro con strisce
- pungidito e lancette
- iniettore a penna ed aghi
- insulina in uso
- Glucagone
- Zucchero
- Altro: \_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO DEL DIABETE IN AMBITO SCOLASTICO**

Si dichiara con la presente che lo studente \_\_\_\_\_  
necessita del trattamento del diabete a scuola attraverso la  misurazione della glicemia  
 somministrazione di farmaci secondo le indicazioni e modalità riportate.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firme

Pediatra o medico di base che ha compilato il piano

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Genitori/ esercente la patria potestà dello studente \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA** il trattamento del diabete a scuola per il proprio figlio impegnandosi a comunicare all'Istituzione scolastica o formativa eventuali aggiornamenti del Piano stesso comportanti modifiche del trattamento che si rendessero necessarie

\_\_\_\_\_  
(Nome e Cognome in stampatello)

\_\_\_\_\_  
(Nome Cognome in stampatello)

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Il presente modulo deve essere presentato presso l'URP (segreteria) e protocollato agli atti della scuola