



## PIANO INDIVIDUALE INTERVENTO DIABETE

(da compilare a cura del Pediatra o Diabetologo )

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