

**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE – DIABETE: GESTIONE IPOGLICEMIA**

Nome e Cognome dell'alunno.....

nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a .....C.F. \_\_\_\_\_

Frequentante la scuola .....classe ..... A.S. \_\_\_/\_\_\_

**TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO:**

- presso la scuola del minore
- di gruppo, presso la sede ..... di via .....

Refresh sulle conoscenze teoriche in merito alla malattia diabetica: meccanismi generali eziopatogenetici, riconoscimento di segni e sintomi di ipoglicemia/iperglicemia, gestione emergenza ed attivazione del servizio 112.

Formazione/addestramento pratico: rilevazione della glicemia capillare, correzione dell'ipoglicemia lieve-moderata per via alimentare, gestione dell'ipoglicemia grave attraverso somministrazione di glucagone.

**IL MINORE:**

è portatore di:

- sensore/monitoraggio continuo della glicemia **NO / SI**
- microinfusore **NO / SI**
- altro (specificare) .....

è autonomo nella gestione di:

- controllo della glicemia capillare **NO / SI**
- correzione dell'ipoglicemia per via alimentare **NO / SI**
- somministrazione di insulina **NO / SI**
- calcolo del dosaggio carboidrati **NO / SI**
- altro (specificare) .....

**FASI DELL'INTERVENTO:**

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO
2. ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO E AI GENITORI
3. ESECUZIONE TECNICA AUTONOMA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO E DEI GENITORI
4. CHIUSURA PERCORSO

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico di seguito elencato.

**Nomi e Firme del personale sanitario formatore**


**SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE – DIABETE: GESTIONE IPOGLICEMIA**

Nome e Cognome dell'alunno.....  
 nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a .....C.F. \_\_\_\_\_  
 Frequentante la scuola .....classe ..... A.S. \_\_\_/\_\_\_

**NOTE**

---



---



---



---

Al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, i sottoscritti si dichiarano disponibili ed in grado di eseguire autonomamente l'intervento oggetto di formazione, come tutor del minore.

**Nomi e Cognomi dei Tutor scolastici**

**Profili Professionali**

**Firme**

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**I GENITORI**

concordano e sottoscrivono la chiusura del percorso di formazione preliminare/addestramento, e confermano la delega al personale scolastico/tutor di cui sopra per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico.

Firma genitore..... Firma genitore.....

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO/SUO DELEGATO**

---

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_