

**INDICAZIONI  
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI  
IN ORARIO SCOLASTICO/FORMATIVO**

***Il minore***

Cognome.....

Nome .....

Nato il..... a.....

Residente a .....

In via.....

affetto dalla seguente patologia:.....

***presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico/ formativo la seguente terapia farmacologica:***

Nome del farmaco da somministrare quotidianamente: .....

.....

Modalità di somministrazione .....

Orario di somministrazione/dose .....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

*e/o*

Nome del farmaco da somministrare nel caso si verifichi il seguente evento in urgenza/emergenza:

.....

Modalità di somministrazione .....

Dose:.....

Modalità di conservazione del/i farmaco/i:.....

*e/o*

***presenta la necessità che venga eseguito il seguente intervento specifico:***

.....

Modalità di esecuzione: .....

Orario di esecuzione dell'intervento/i.....

Eventuali note:

.....

.....

.....

.....

Luogo e data

Timbro e firma del medico (1)

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

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=.....) Sottocute e/o intramuscolo alla dose: 1 fiala= 1 mg se il peso è inf o uguale a 30 Kg, ½ fiala 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 (1)

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