ALLEGATO 3 bis **FAC-SIMILE**

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 ≥ 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