Allegato 3bis

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI E/O PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI NEL DIABETE DI TIPO 1 IN ORARIO SCOLASTICO

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:
……..……

presenta la necessità di somministrare in ambito ed orario scolastico la seguente terapia insulinica:

Nome dell'insulina:
……
Orario, modalità e schema di somministrazione:
……
……
……
……

Modalità di conservazione del farmaco: ……..
……

Il paziente è portatore di monitoraggio continuo della glicemia: SI NO

In caso di ipoglicemia grave con perdita di coscienza somministrare:
……
……

Modalità di conservazione del farmaco: ……..
……

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.