

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  $\geq$  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  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**