AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BIELLA

Ministero dell'istruzione e del merito
Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte
Ufficio X - Ambito territoriale di Biella

(Allegato 3 bis)

INDICAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI e/o PER L'ESECUZIONE DI INTERVENTI SPECIFICI NEL DIABETE TIPO 1 IN ORARIO DI LAVORO.

Il minore:

Cognome ……Nome……..

Nato/a il ……. A…….. Residente……

In Via…….. n°……

Affetto da diabete mellito di tipo 1

E' 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 si ☐ no ☐

<u>In caso di ipoglicemia grave con perdita di coscienza somministrare:</u>

- Glucagone (nome del farmaco…Glucagen Hypokit)

Sottocute e/o intramuscolo alla dose :1 fiala = 1 mg se il peso è circa 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.

Oppure in alternativa:

Baqsimi (glucagone intranasale) 3mg se età superiore a 4 anni: 1 puff in una narice

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 valutazioni della terapia.

Eventuali note

……
……
……
……
……
……
……
…….

Luogo e data

Timbro e firma del medico

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