



**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 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, $\frac{1}{2}$ 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