

via Sidoli 10 – 10135 Torino tel. 011.011.66130  
www.istitutocomprensivosidoli.edu.ite-mail: [toic88200x@istruzione.it](mailto:toic88200x@istruzione.it)  
pec: [toic88200x@pec.istruzione.it](mailto:toic88200x@pec.istruzione.it)



### ALLEGATO 3 bis

#### 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  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**