



Unione Europea



Istituto Comprensivo "Telesio"



MUR

ISTITUTO COMPrensIVO "B. TELESIO"

Via Modena S. Sperato, n. 1 - 89133 Reggio Calabria

Codice Meccanografico: RCIC84200V - Tel.0965/685016 – Fax 0965/672118

Plessi: Scuola dell'Infanzia Modena – Ciccarello – S. Giorgio

Scuola Primaria: B.Telesio - Ciraolo

Scuola Secondaria di I grado E. Montalbetti

Sito web: www.ictelesiomontalbettirc.gov.it

Al Dirigente Scolastico
Dell'I.C.B.Telesio
REGGIO CALABRIA

ALLEGATO B1

PIANO INDIVIDUALE DI TRATTAMENTO DIABETOLOGICO

Documento ad integrazione dell'autorizzazione dei genitori e della certificazione medica (All. A e B), condiviso con i genitori dello studente ed il pediatra/medico di famiglia. Esso costituisce uno strumento di supporto per il personale Docente e A.T.A. utile alla gestione del diabete a scuola, inclusa la somministrazione di farmaci in orario scolastico, i sigg.ri genitori: _____, che esercitano la potestà genitoriale sul minore sotto indicato, hanno espresso il consenso al trattamento dei dati personali del medesimo (vedi allegato).

INFORMAZIONI GENERALI

Studente

Cognome e Nome Anno Scolastico

Istituto Comprensivo _____ Scuola _____

Classe _____

Data di nascita _____ Data di esordio del diabete _____

Numeri di contatto per le informazioni

Genitore 1 _____ Telefono casa _____ lavoro _____
cellulare _____

Genitore 2 _____ Telefono casa _____ lavoro _____
cellulare _____

Pediatra/medico di famiglia

Nome e cognome _____ Telefono _____ Cellulare _____

Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica/Servizio di Diabetologia Pediatrica

Nome e cognome del medico _____ Tel _____ Cellulare emergenza _____

Nome altri sanitari _____ Tel _____

Altri contatti di emergenza

Nome e Cognome _____ Tipo di relazione con lo studente _____ Tel _____

Nome e Cognome _____ Tipo di relazione con lo studente _____ Tel _____

Pasti e merende assunti a scuola

Lo studente è indipendente nel calcolo e nella gestione dei carboidrati? Si No _____

Merenda di metà mattina: Si No _____

Pranzo: Si No _____

Merenda di metà pomeriggio: Si No _____

Merenda prima dell'attività fisica: Si No _____

Merenda dopo l'attività fisica: Si No _____

Altre occasioni di merende o uno spuntini: _____

Cibo preferito per gli spuntini: _____

Cibi da evitare: _____

Istruzioni per il cibo fornito in classe (ad esempio per una festa di classe) _____

Attività fisica e sport

Una fonte di carboidrati ad azione rapida come _____ deve essere disponibile

nel luogo di svolgimento delle attività fisiche o sportive. Esenzione da qualche

attività: _____



Unione Europea



Istituto Comprensivo "Telesio"



MONTALBETTI

ISTITUTO COMPRESIVO "B. TELESIO"

Via Modena S. Sperato, n. 1 - 89133 Reggio Calabria

Codice Meccanografico: RCIC84200V - Tel.0965/685016 – Fax 0965/672118

Plessi: Scuola dell'Infanzia Modena – Ciccarello – S. Giorgio

Scuola Primaria: B.Telesio - Ciraolo

Scuola Secondaria di I grado E. Montalbetti

Sito web: www.ictelesiomontalbettirc.gov.it

Se la glicemia è inferiore a _____ mg/dl somministrare _____ e aspettare 30 minuti circa prima di fare attività fisica.

Se la glicemia è maggiore di _____ mg/dl evitare di fare attività fisica (vedi trattamento dell'iperglicemia)

Capacità del bambino rispetto alla terapia

E' in grado di eseguire lo stick della glicemia da solo? Si No

E' in grado di stabilire la dose corretta di insulina da solo? Si No

E' in grado di preparare da solo l'insulina che si deve somministrare? Si No

E' capace di somministrarsi l'insulina da solo? Si No

Ha bisogno di supervisione di un adulto per preparare o eseguire la dose di insulina? Si No

GESTIONE QUOTIDIANA

Controllo della glicemia

Valori ottimali della glicemia (cerchiare) 70-150 70-180 Altro _____

Orari abituali di controllo della glicemia: _____

Situazioni in cui eseguire controlli extra della glicemia (barrare):

Prima di svolgere attività fisica Se lo studente mostra segni di iperglicemia

Dopo aver svolto attività fisica Se lo studente mostra segni di ipoglicemia

Altro (spiegare) _____

Lo studente può controllare la glicemia da solo? Si No

Eccezioni: _____

Marca e tipo di strumento per la determinazione della glicemia utilizzato dallo studente: _____

Tipo di terapia insulinica

Multi-iniettiva Microinfusore

Dose di insulina per i pasti

Telefonare sempre ai genitori per stabilire la dose? Si No

Dose abituale di rapida a pranzo: n° _____ UI di insulina _____

oppure è flessibile usando n° _____ unità di _____ per _____ grammi di carboidrati.

n° _____ unità se la glicemia è da _____ a _____ mg/dl ; n° _____ unità se la glicemia è da _____ a _____ mg/dl

Utilizzo di altra insulina a pranzo: n° _____ UI di insulina _____

Per modificare le dosi di insulina consultare i genitori in queste circostanze: _____

Dose insulinica di correzione

Con una glicemia maggiore di 200 mg/dl (lontano dai pasti) contattare _____ per concordare la dose correttiva

Ipoglicemia lieve (glicemia inferiore a 70 mg/dl, senza perdita di coscienza)

Sintomi _____ abituali _____ di _____

ipoglicemia: _____

Trattamento dell'ipoglicemia: _____



Unione Europea



Istituto Comprensivo "Telesio"



MIUR

ISTITUTO COMPrensIVO "B. TELESIO"

Via Modena S. Sperato, n. 1 - 89133 Reggio Calabria

Codice Meccanografico: RCIC84200V - Tel.0965/685016 – Fax 0965/672118

Plessi: Scuola dell'Infanzia Modena – Ciccarello – S. Giorgio

Scuola Primaria: B.Telesio - Ciruolo

Scuola Secondaria di I grado E. Montalbetti

Sito web: www.ictelesiomontalbettirc.gov.it

MATERIALE/DOCUMENTI da fornire alla scuola da parte dei genitori

- Glucometro con relative strisce
- Lancette pungidito e relativo pungidito
- Siringhe da insulina o iniettore a penna con relativi aghi
- Insulina in uso
- Glucagone
- Zucchero
- Autorizzazione alla somministrazione di farmaci a scuola/esonero di responsabilità
- Protocollo riconoscimento e trattamento ipoglicemia a scuola
- Protocollo conservazione e uso del Glucagone
- Piano alimentare personalizzato (per chi utilizza la mensa)
- Scheda registrazione eventi scolastici - glicemia, insulina, eventi avversi
- Documento Urgenze ed emergenze
- Consenso Privacy (D.Lgs. n. 196/2003)



Unione Europea



Istituto Comprensivo "Telesio"



MUR

ISTITUTO COMPrensIVO "B. TELESIO"

Via Modena S. Sperato, n. 1 - 89133 Reggio Calabria

Codice Meccanografico: RCIC84200V - Tel.0965/685016 – Fax 0965/672118

Plessi: Scuola dell'Infanzia Modena – Ciccarello – S. Giorgio

Scuola Primaria: B.Telesio - Ciruolo

Scuola Secondaria di I grado E. Montalbetti

Sito web: www.ictelesiomontalbettirc.gov.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IN AMBITO SANITARIO E

MODALITA' DI COMUNICAZIONE SULLO STATO DI SALUTE (D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a (genitore) Cognome Nome nato/a, il, Tel

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali in ambito sanitario;
- Di manifestare il consenso al trattamento dei dati personali del proprio figlio/a
- Di aver preso visione del programma medico per la gestione a scuola della malattia relativa al proprio figlio (allegato al presente documento)

RICHIEDE

Che le informazioni sul suo stato di salute vengano fornite alle seguenti persone:

- Padre..... Tel Insegnanti Tel
- Madre Tel Personale ATA Tel
- Pediatra di famiglia Tel Altri Tel

R.C., lì FIRMA DEL DICHIARANTE

Nel caso di paziente minore o interdetto, o nei casi in cui la manifestazione di consenso viene resa da persona diversa dall'interessato, l'esercente la patria potestà, il legale rappresentante ovvero la persona, diversa dal paziente, chiamata a manifestare il consenso al trattamento dei dati personali in ambito sanitario, sottoscrive la seguente:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto (genitore)....., nato a, il, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazione non veritiere, richiamate dall'art. 76 D.P.R.



Unione Europea



Istituto Comprensivo "Telesio"



MIUR

ISTITUTO COMPrensIVO "B. TELESIO"

Via Modena S. Sperato, n. 1 - 89133 Reggio Calabria

Codice Meccanografico: RCIC84200V - Tel.0965/685016 – Fax 0965/672118

Plessi: Scuola dell'Infanzia Modena – Ciccarello – S. Giorgio

Scuola Primaria: B.Telesio - Ciraolo

Scuola Secondaria di I grado E. Montalbetti

Sito web: www.ictelesiomontalbettirc.gov.it

445/2000, in riferimento

al paziente (figlio)..... , nato a , il
dichiara sotto la propria responsabilità:

– di esercitare la potestà genitoriale nei confronti del minore sopra indicato

FIRMA DEL DICHIARANTE

.....