

PIANO DI CURA DEL DIABETE A SCUOLA

Questo programma è preparato dal diabetologo pediatra e condiviso con i genitori dello studente ed il 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, secondo quanto raccomandato dal MIUR con **Nota Prot. n. 2312/Dip/Segr del 25/11/2005**.

Il Sig. _____, che esercita la potestà genitoriale sul minore sotto indicato, ha 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

Nome e cognome del medico _____ Tel _____

Cellulare _____

Nome altro sanitario _____ Tel _____

Cellulare _____

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: _____

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):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Prima di svolgere attività fisica | <input type="checkbox"/> Se lo studente mostra segni di iperglicemia |
| <input type="checkbox"/> Dopo aver svolto attività fisica | <input type="checkbox"/> 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: _____

PRESIDI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

Materiale da tenere a scuola

N° confezioni	Materiale
_____	Glucometro _____
_____	strisce reattive per il glucometro _____
_____	Penna pungidito _____
_____	Lancette _____
_____	Guanti _____
_____	Strisce reattive per misurare i chetoni nelle urine _____
_____	Fiale di insulina (conservare in frigo da +2 a + 8° C) _____
_____	Siringhe da insulina _____
_____	Aghi per iniettore a penna _____
_____	Iniettore a penna _____
_____	Fonte rapida di glucosio _____
_____	Spuntino contenente carboidrati _____
_____	Kit di emergenza per il glucagone (conservare in frigo da +2 a + 8° C) _____

UBICAZIONE (*) _____

URGENZE ED EMERGENZE

Ipoglicemia grave (glicemia inferiore a 70 mg/dl con perdita di coscienza, convulsioni)

Il glucagone è un **farmaco salvavita** che deve essere somministrato allo studente se è in stato di incoscienza, sta avendo le convulsioni, o non è capace di deglutire. Via intramuscolo dose _____ da iniettare nei glutei (ripetibile dopo 15 minuti).

- Azioni da effettuare in caso di ipoglicemia grave:
- 1° somministrare il glucagone
 - 2° chiamare il 118
 - 3° chiamare altri numeri di emergenza e genitori
 - 4° somministrare zucchero per bocca quando il bambino si riprende

Persona/e di riferimento per la somministrazione del glucagone (*): _____

Iperglicemia grave (glicemia superiore a 350 mg/dl)

Sintomi abituali di

iperglicemia: _____

Trattamento

iperglicemia: _____

I chetoni nelle urine devono essere controllati quando la glicemia supera i 300 mg/dl

MICROINFUSORE

Per gli studenti con microinfusore

Tipo di insulina nel microinfusore: _____

Tipo di set infusoriale: _____

Capacità dello studente a usare il microinfusore

Valutazione complessiva sull'autonomia _____ (insufficiente, sufficiente, buona, piena autonomia)

Somministrare e calcolare il bolo corretto Si No

Staccare e ricollegare il microinfusore Si No

Gestire gli allarmi di malfunzionamento Si No

Necessità di aiuto Si No

Persona di riferimento per l'aiuto all'uso del microinfusore (*): _____

Cellulare _____

FIRME

Questo programma è stato approvato da:

Medico del Centro Regionale di Diabetologia Pediatrica (nome e cognome in stampatello e firma) _____ data

Pediatra/medico di famiglia (nome e cognome in stampatello e firma) _____ data

Questo programma è stato ricevuto da:

Genitore (nome e cognome in stampatello e firma) _____ data

Dirigente Scolastico (nome e cognome in stampatello e firma) _____ data

Insegnante responsabile assistenza sanitaria (nome e cognome in stampatello e firma) _____ data

Responsabile dell'ADI ove richiesto (nome e cognome in stampatello e firma) _____ data

(*) Parti da compilare a carico del responsabile dell'assistenza sanitaria della Scuola