**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 ≥ 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**