

## PIANO INDIVIDUALE DI TRATTAMENTO DIABETOLOGICO

Questo programma è stato preparato dal Diabetologo pediatra e condiviso con i genitori dello studente. Esso costituisce uno strumento di supporto, utile alla gestione del diabete a scuola.

Il Sig. \_\_\_\_\_ che esercita la potestà genitoriale sul minore sotto indicato, ha espresso il consenso al trattamento dei dati personali del medesimo.

### INFORMAZIONI GENERALI

**Studente** \_\_\_\_\_  
Nome e Cognome Anno Scolastico

Istituto Comprensivo \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Data di esordio del diabete \_\_\_\_\_

#### Numeri di contatto per le informazioni

Genitore 1 \_\_\_\_\_ Tel. casa \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Genitore 2 \_\_\_\_\_ Tel. casa \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

#### Altri contatti di emergenza

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Tipo di relazione con lo studente \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Tipo di relazione con lo studente \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

#### Capacità del bambino/ragazzo rispetto alla terapia

E' in grado di eseguire lo stick della glicemia da solo?	Si	No
E' in grado di stabilire la dose corretta d'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 della supervisione di un adulto per preparare o eseguire la dose d'insulina?	Si	No
E' in grado di gestire il microinfusore autonomamente?	Si	No

#### Controllo della glicemia

- **Orari abituali di controllo della glicemia** (barrare):
  - prima dello spuntino della mattina
  - prima del pasto principale
  - 2 ore dopo il pasto principale
  
- **Situazioni in cui eseguire controlli extra della glicemia** (barrare):
  - prima dell'attività fisica
  - dopo l'attività fisica
  - se il bambino/ragazzo mostra segni di ipoglicemia
  
- **Tipo di terapia insulinica**
  - Multi-iniettiva
  - Microinfusore
  
- **Dose d'insulina per i pasti**

Dose abituale d'insulina rapida a pranzo: n \_\_\_\_\_ UI di insulina \_\_\_\_\_

n \_\_\_\_\_ UI se la glicemia è da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dl

n \_\_\_\_\_ UI se la glicemia è da \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ mg/dl

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico