

TRATTAMENTO DEL DIABETE IN AMBITO SCOLASTICO

Si dichiara con la presente che lo studente _____
necessita del trattamento del diabete a scuola con la misurazione della glicemia e la somministrazione di farmaci secondo le indicazioni e con le modalità riportate nel presente piano e nei seguenti allegati:

- A Materiale da fornire alla scuola da parte dei genitori
- B Schema per il trattamento del diabete a scuola
- C Istruzioni per il riconoscimento e trattamento dell'IPOGLICEMIA
- D Istruzioni per la conservazione e l'uso del GLUCAGONE
- E Gestione delle urgenze ed emergenze
- F Consenso e informativa Privacy

FIRME

Il pediatra/diabetologo dell'Unità operativa di Pediatria dell'Ospedale di Trento che ha compilato il Piano

Data

- timbro e firma -

Il Pediatra di libera scelta /medico di medicina generale (per presa visione)

Data

- timbro e firma -

Il sig./ra _____
(nome e cognome)

genitore/esercente la patria potestà dello studente _____
autorizza il trattamento del diabete a scuola per il proprio figlio impegnandosi a comunicare alla Istituzione scolastica o formativa eventuali aggiornamenti del Piano stesso comportanti modifiche del trattamento che si rendessero necessari

Data

- firma -

Il sottoscritto Dirigente Scolastico dichiara di aver ricevuto il Piano relativo allo studente _____ e di provvedere alla consegna del medesimo in copia agli insegnanti di riferimento, al personale scolastico individuato al fine del trattamento del diabete all'alunno sopra individuato e al personale infermieristico competente

Data

- firma -