

## SECONDA PARTE - DOCUMENTAZIONE

# PIANO INDIVIDUALE DI TRATTAMENTO DIABETOLOGICO

(Delibera della Giunta Provinciale n. \_\_\_\_\_ di data \_\_\_\_\_ )

Questo Piano individuale di trattamento diabetologico (d'ora in poi Piano) è preparato dal diabetologo pediatra dell'Unità Operativa di Pediatria dell'Ospedale di Trento e condiviso con il pediatra di libera scelta/medico di medicina generale e con i genitori dello studente. 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 le Raccomandazioni emanate dal MIUR con Nota Prot. n. 2312/Dip/Segr del 25/11/2005.

## INFORMAZIONI GENERALI

### Studente

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Istituzione Scolastica/Formativa \_\_\_\_\_ Scuola \_\_\_\_\_

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

### Numeri di contatto per le informazioni

#### Familiari

Genitore 1 \_\_\_\_\_ Telefono casa \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_

Genitore 2 \_\_\_\_\_ Telefono casa \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_ Telefono casa \_\_\_\_\_ lavoro \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_

#### Pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

Nome e cognome \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

#### Unità operativa di Pediatria dell'Ospedale di Trento (centro di riferimento provinciale per il diabete giovanile):

Recapito dell'unità operativa

Segreteria: Tel. 0461 903538

Ambulatorio: Tel. \_\_\_\_\_

Medico che ha redatto il Piano \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

#### Pasti e merende da assumere a scuola

Merenda di metà mattina: Si No \_\_\_\_\_

Pranzo: Si No \_\_\_\_\_

Merenda prima dell'attività fisica:      Si      No      \_\_\_\_\_

Altre occasioni di merende o 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

Nel luogo di svolgimento delle attività fisiche o sportive deve essere prevista la possibilità di assumere una fonte di carboidrati ad azione rapida come \_\_\_\_\_

Se la glicemia è inferiore a 80 mg/dl attenersi alle indicazioni contenute nello schema di trattamento allegato

Se la glicemia è maggiore di 300 mg/dl evitare di fare attività fisica

Altro: \_\_\_\_\_

### 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

Altro: \_\_\_\_\_

## GESTIONE QUOTIDIANA

### Controllo della glicemia

Valori ottimali della glicemia (cerchiare)      80-150      80-180      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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Multi-iniettiva | <input type="checkbox"/> Microinfusore: |
|  | • tipo di insulina _____                |
|  | • tipo di set infusione _____           |

#### Capacità dello studente a usare il microinfusore

Valutazione complessiva sull'autonomia: insufficiente sufficiente buona piena autonomia

Somministrare e calcolare il bolo corretto	Sì	No
Staccare e ricollegare il microinfusore	Sì	No
Gestire gli allarmi di malfunzionamento	Sì	No
Necessità di aiuto	Sì	No
Persona di riferimento per l'aiuto all'uso del microinfusore:		
	Cellulare	

---

**In caso di Ipoglicemia lieve (glicemia inferiore a 80 mg/dl, senza perdita di coscienza):** vedesi anche allegato C