

RICHIESTA PER INTERVENTI STRAORDINARI

Al Dirigente Scolastico di

I sottoscritti.....e.....
Genitori di..... frequentante nell'a.s. la classe
della Scuoladi.....

DICHIARANO

sulla base delle informazioni assunte dal medico Responsabile del Servizio di Diabetologia Pediatrica
.....che il/la proprio/a figlio/a..... affetto/a da
diabete tipo 1 necessita di una somministrazione a scuola del farmaco **GLUCAGONE** in caso di
ipoglicemia, come da certificato medico allegato del Dott

I sottoscritti sono a conoscenza che tale prestazione non rientra tra quelle previste per il personale
scolastico : insegnanti e collaboratori/trici scolastici

Pertanto, sollevano

da ogni responsabilità relativa alla somministrazione, da qualsiasi conseguenza generata o indotta dal
farmaco stesso, gli insegnanti e/o altra persona che effettua la somministrazione.

Chiedono quindi che il personale presente nella scuola possa effettuare questa prestazione considerato
che entrambi sono impossibilitati a realizzarla per i seguenti motivi

.....
Indicano comunque i propri recapiti telefonici, per eventuali comunicazioni e/o necessità collegate a
questo tipo di intervento :

.....
Allegano la documentazione medica specifica prodotta dal Dott contenente :
1. Diagnosi ; 2. Sintomatologia; 3. Intervento terapeutico da mettere in atto (nome del farmaco,
dosaggio e modalità di somministrazione).

Inoltre autorizzano il personale che opera nella scuola ad avere contatti con il medico curante per avere
ulteriori informazioni sull'intervento da effettuare.

Firma dei genitori.....

Il Medico del Servizio Specialistico (Timbro e firma).....

Roma,.....

Gestione dell'ipoglicemia

Cognome e Nome studente _____ a.s. _____

Nome e Cognome Genitori _____ Telefoni _____

Personale Scolastico di riferimento _____

Data.....

Non lasciare mai solo lo studente con sospetta ipoglicemia

SINTOMI

IPOGLICEMIA LIEVE O MODERATA

Pallore, sudorazione fredda, senso di fame, tremori agli arti, mal di testa, visione annebbiata, irrequietezza, comportamento inadeguato alle circostanze, reattività rallentata.

IPOGLICEMIA GRAVE

Disorientamento spazio temporale, incapacità di deglutire, perdita di coscienza

COSA FARE

controllare la glicemia,
< inferiore a 70 mg/dl deve:

- interrompere qualsiasi attività
- assumere subito zuccheri:

Oppure: _____
ml bevanda zuccherata (coca cola, succo di frutta) _____

Dopo 10/15 minuti dall'assunzione
ricontrollare la glicemia:

- se inferiore a 70 mg/dl assumere ancora la stessa quantità di zuccheri
- se superiore a 80 mg/dl assumere...
- fette biscottate o il pasto previsto (es. pranzo, spuntino)
- _____

Riportare l'episodio nella scheda di registrazione per la scuola

COSA FARE

- controllare la glicemia
- Avvisare il 118 e chiamare i genitori del bambino
- Non introdurre cibi in bocca
- Comunque dopo 2/3 minuti somministrare il glucagone intramuscolo (braccio o gluteo o coscia)
- 1 Flacone
- ½ Flacone

Al Dirigente Scolastico della scuola

OGGETTO : Richiesta attivazione percorso assistenziale integrato a scuola

I sottoscritti:

Sig.ra.....nata a.....il.....
e Sig..... nato a.....il.....,
residenti a.....via.....
genitori dell'alunno/a nato il.....a.....
frequentante per l'anno scolastico.....la scuola.....
classe....., sez....., sita in Roma, via..... recapito telefonico
....., appartenente al Municipio n....., chiedono di attivare il
percorso assistenziale integrato per il loro figlio/a presso la struttura scolastica.

In particolare, vista la patologia dell'alunno sopraindicato e constatata l'assoluta necessità, richiedono ed autorizzano il Capo d'Istituto o Suo delegato, sollevandoli da responsabilità civili e penali, in relazione ad eventi avversi, alla somministrazione del farmaco in orario scolastico a fronte delle situazioni specificate nella prescrizione / certificazione allegata.

A tal fine rilasciano i recapiti telefonici utili per qualsivoglia comunicazione :

madre....., padre.....

Medico di base Dr.....; tel.....

Si allega Piano Terapeutico della struttura specialistica

Informati sui diritti e sui limiti di cui al d.l. 30.06.03 n. 196 'Codice in materia di protezione dei dati personali', esprimono il proprio consenso al trattamento dei propri dati sensibili e di quelli del minore di cui sono legali rappresentanti, ai fini di diagnosi, cura, prevenzione e prestazioni connesse o per ricerche scientifiche.

Roma.....

In fede
I genitori