

**Piano di intervento  
per soggetto insulino-dipendente**

Allievo/a ..... classe ..... diagnosi .....

..... genitori: tel. .... tel. ....

Medico dr. .... tel. ....

Docenti di riferimento:

1) ins. .... tel. ....

2) ins. .... tel. ....

Deve assumere insulina in orario scolastico?  Sì  No

Quando? .....

In che dosi? .....

Autonomamente  Con l'ausilio di personale incaricato

Nome commerciale del farmaco .....

Luogo di conservazione del farmaco .....

Necessita di controllo glicemico:

In via ordinaria: alle ore ..... alle ore ..... alle ore .....

In caso di sospetta ipoglicemia

Personale incaricato della terapia insulina e/o del controllo glicemico:

Ins./sig. .... qualifica .....

o, in caso di assenza:

Ins./sig. .... qualifica .....

o, in caso di assenza:

Ins./sig. .... qualifica .....

In caso di assenza dei nominativi sopraindicati, attuerà l'intervento:

il responsabile del primo soccorso in servizio.

Attività:

● Il soggetto può partecipare a tutte le attività didattiche previste.

● Per le attività fisiche o motorie:

è necessario  non è necessario un preventivo controllo glicemico.

● L'allontanamento dalla sede scolastica presuppone la presenza della figura preposta agli interventi terapeutici col necessario kit farmacologico.