

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE – DIABETE: GESTIONE IPOGLICEMIA

Nome e Cognome dell'alunno.....

nato il ___/___/___ aC.F. _____

Frequentante la scuola classe A.S. ___/___

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO:

- presso la scuola del minore
- di gruppo, presso la sede di via

Refresh sulle conoscenze teoriche in merito alla malattia diabetica: meccanismi generali eziopatogenetici, riconoscimento di segni e sintomi di ipoglicemia/iperglicemia, gestione emergenza ed attivazione del servizio 112.

Formazione/addestramento pratico: rilevazione della glicemia capillare, correzione dell'ipoglicemia lieve-moderata per via alimentare, gestione dell'ipoglicemia grave attraverso somministrazione di glucagone.

IL MINORE:

è portatore di:

- sensore/monitoraggio continuo della glicemia **NO / SI**
- microinfusore **NO / SI**
- altro (specificare)

è autonomo nella gestione di:

- controllo della glicemia capillare **NO / SI**
- correzione dell'ipoglicemia per via alimentare **NO / SI**
- somministrazione di insulina **NO / SI**
- calcolo del dosaggio carboidrati **NO / SI**
- altro (specificare)

FASI DELL'INTERVENTO:

- 1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO**
- 2. ESECUZIONE TECNICA DEL TUTOR SCOLASTICO IN AFFIANCAMENTO ALL'OPERATORE SANITARIO E AI GENITORI**
- 3. ESECUZIONE TECNICA AUTONOMA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL'OPERATORE SANITARIO E DEI GENITORI**
- 4. CHIUSURA PERCORSO**

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dell'operatore scolastico di seguito elencato.

Nomi e Firme del personale sanitario formatore

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE – DIABETE: GESTIONE IPOGLICEMIA

Nome e Cognome dell'alunno.....

nato il ___/___/___ aC.F. _____

Frequentante la scuola classe A.S. ___/___

NOTE

Al termine del percorso di informazione/formazione/addestramento, i sottoscritti si dichiarano disponibili ed in grado di eseguire autonomamente l'intervento oggetto di formazione, come tutor del minore.

Nomi e Cognomi dei Tutor scolastici

Profili Professionali

Firme

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

I GENITORI

concordano e sottoscrivono la chiusura del percorso di formazione preliminare/addestramento, e confermano la delega al personale scolastico/tutor di cui sopra per l'esecuzione dell'intervento relativo ai bisogni speciali di salute dell'alunno in orario scolastico.

Firma genitore.....

Firma genitore.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE DIDATTICO/RESPONSABILE PEDAGOGICO/SUO DELEGATO

Data ___/___/___