

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE – DIABETE: GESTIONE IPOGLICEMIA

Nome e Cognome dell'alunno.....
 nato il ___/___/___ a C.F./STP/ENI
 Frequentante la scuola classe A.S. ___/___

TIPOLOGIA E TECNICA DELL'INTERVENTO FORMATIVO:

- c/o scuola del minore/altra sede di via
- di gruppo, presso la sede di via

OGGETTO DELL'INTERVENTO FORMATIVO e della VERIFICA DI APPRENDIMENTO

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 FORMATIVO:

1. SPIEGAZIONE E DIMOSTRAZIONE DELL'OPERATORE SANITARIO DELLA CORRETTA TECNICA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACI/REALIZZAZIONE INTERVENTO
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

NOTE

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE – DIABETE: GESTIONE IPOGLICEMIA

Nome e Cognome dell'alunno.....
 nato il ___/___/___ a C.F./STP/ENI
 Frequentante la scuola classe A.S. ___/___

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

_____	_____
_____	_____
_____	_____

I TUTOR

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 PEDAGOGICO/DIDATTICO/SUO DELEGATO
 concorda e sottoscrive

Nome e Cognome _____ FIRMA _____

Data ___/___/___