

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud
Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582
e-mail: centralepdc@aslcittaditorino.it

SCHEDA PAC - PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

MINORE Nato il a
.....

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S.

DATA INCONTRO DI PROGRAMMAZIONE/STESURA PAC

DIAGNOSI

INTERVENTO RICHiesto

FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO di: ☐ Personale scolastico ☐ Altro
(specificare).....

■ Il minore:

◆ è portatore di:

◆ è completamente autonomo: **NO / SI** nell'attività di:

1)

2)

3)

◆ è parzialmente autonomo: **NO / SI** nell'attività di:

1)

2)

3)

◆ NON è autonomo

sezione specifica per il MINORE CON DIABETE

■ Il minore è autonomo:

➤ nel controllo della glicemia **NO / SI**

➤ nella somministrazione di insulina **NO / SI**

➤ nel calcolo del dosaggio **NO / SI**

➤ altro (specificare)

■ Il minore è portatore:

➤ di monitoraggio continuo della glicemia **NO / SI**

➤ di microinfusore **NO / SI**

➤ altro (specificare)

■ Il genitore del minore è stato dichiarato idoneo dal Centro Specialistico a dare indicazioni sulle variazioni della terapia **NO / SI** - come da All.3bis del ____/____/____

NOTE



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE PIEMONTE
Azienda Sanitaria Locale "Città di Torino"
Costituita con D.P.G.R. 13/12/2016 n. 94
Cod. fiscale/P.I. 11632570013
Sede legale: Via San Secondo, 29 – 10128 Torino
☎ 011/5661566 - 011/4393111

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud

Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582

e-mail: centralepdc@aslcittaditorino.it

SCHEDA PAC - PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

MINORE Nato il a
.....

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S.

DATA INCONTRO DI PROGRAMMAZIONE/STESURA PAC

.....

.....

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud

Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582

e-mail: centralepdc@aslcittaditorino.it
SCHEDA PAC - PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

MINORE Nato il a
.....

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S.

DATA INCONTRO DI PROGRAMMAZIONE/STESURA PAC

PIANO DI ATTUAZIONE DEL PROGETTO di FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO

SOGGETTO FORMATORE	OBIETTIVI FORMAZIONE	MODALITA' e TEMPI
PERSONALE SANITARIO	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	
GENITORI	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
ALTRO (specificare) _____	1. _____ 2. _____	

NOTE

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud
Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582
e-mail: centralepdc@aslcittaditorino.it

SCHEMA PAC - PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

MINORE Nato il a
.....

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S.

DATA INCONTRO DI PROGRAMMAZIONE/STESURA PAC
.....

FIRME dei presenti all'Incontro di Programmazione a scuola

GENITORI

NOME E COGNOME	FIRMA
_____	_____
_____	_____

DIRIGENTE SCOLASTICO/Delegato

NOME E COGNOME	FIRMA
_____	_____

PERSONALE SANITARIO

NOME E COGNOME	FIRMA
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

TUTOR

NOME e COGNOME	QUALIFICA/ISTITUZIONE	FIRMA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

ALTRI SOGGETTI PRESENTI

NOME e COGNOME	QUALIFICA/ISTITUZIONE	FIRMA
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud

Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582

e-mail: centralepdc@aslcittaditorino.it

SCHEDA PAC - PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

MINORE Nato il a
.....

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S.

DATA INCONTRO DI PROGRAMMAZIONE/STESURA PAC

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____