

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE – DIABETE: GESTIONE IPOGLICEMIA

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA/PLESSO _____ CLASSE/SEZIONE _____ A.S. ____/____

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

IL MINORE

è autonomo per:

controllo della glicemia per via capillare	NO / SI
calcolo di Unità Insulina	NO / SI
somministrazione di insulina	NO / SI
calcolo del dosaggio carboidrati	NO / SI
altro (specificare) _____	

è portatore di:

monitoraggio continuo della glicemia	NO / SI
microinfusore	NO / SI
Penna Intelligente	NO / SI
altro dispositivo terapeutico (specificare) _____	NO / SI

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

FASI DELL’INTERVENTO FORMATIVO E DELLA VERIFICA DI APPRENDIMENTO:

Fase preliminare

Refresh sulle conoscenze teoriche in merito alla patologia oggetto della formazione: meccanismi generali eziopatogenetici; prevenzione evento acuto; riconoscimento di segni e sintomi e gestione dell’evento acuto; gestione emergenza ed attivazione del Servizio Emergenza 112.

Fasi dell’addestramento pratico:

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
3. ESECUZIONE TECNICA AUTONOMA DEL TUTOR SCOLASTICO IN SUPERVISIONE DA PARTE DELL’OPERATORE SANITARIO
4. CHIUSURA PERCORSO

Formazione pratica avvenuta su All. 3 del _____ dal titolo “ _____ ”

N.B. Si ricorda ai genitori e al personale scolastico di verificare che l’allegato 3 in uso alla scuola sia sempre quello più aggiornato, e sia accompagnato dalla/e pagina/e contenente/i gli specifici schemi tecnici illustrati, se previsti.

SCHEDA FORMAZIONE IN SITUAZIONE – DIABETE: GESTIONE IPOGLICEMIA

INTERVENTO DI FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DI GRUPPO

Nome e Cognome alunno _____ ID n° _____

nato il ____/____/____ a _____ C.F./STP/ENI. _____

FREQUENTANTE LA SCUOLA/PLESSO _____ CLASSE/SEZIONE _____ A.S. ____/____

NOTE

Si dichiara concluso il percorso di informazione/formazione/addestramento e si riconosce il raggiungimento della piena autonomia dei seguenti tutor scolastici.

I TUTOR

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

Nomi e Cognomi dei Tutor scolastici

Profili Professionali

Firme

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

Nomi e Firme del PERSONALE SANITARIO FORMATORE

_____	_____
_____	_____
_____	_____

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 ____/____/____