

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
ID n° _____

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 nell'attività di:

1) **NO / SI**

2) **NO / SI**

3) **NO / SI**

◆ è parzialmente autonomo nell'attività di:

1) **NO / SI**

2) **NO / SI**

3) **NO / SI**

◆ NON è autonomo

SEZIONE SPECIFICA PER IL MINORE CON DIABETE
■ Il minore è autonomo per:

- controllo della glicemia per via capillare **NO / SI**
- calcolo delle Unità di Insulina **NO / SI**
- nella somministrazione di insulina **NO / SI**
- nel calcolo dei carboidrati **NO / SI**
- altro (specificare) _____

■ Il minore 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“ _____ ”

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
ID n° _____

MINORE Nato il / / a

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S. /

DATA INCONTRO DI PROGRAMMAZIONE/STESURA PAC

PIANO DI ATTUAZIONE DEL PROGETTO di FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO

SOGGETTO	OBIETTIVI FORMAZIONE TUTOR SCOLASTICI	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
SCHEDA PAC - PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO
ID n° _____

MINORE Nato il / / a

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S. /

DATA INCONTRO DI PROGRAMMAZIONE/STESURA PAC

FIRME dei presenti all'Incontro di Programmazione
PERSONALE SANITARIO

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

GENTORI

NOME E COGNOME	FIRMA
_____	_____
_____	_____

TUTOR

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

ALTRI SOGGETTI PRESENTI

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

DIRIGENTE SCOLASTICO/COORDINATORE PEDAGOGICO/DIDATTICO/Delegato

NOME E COGNOME	FIRMA
_____	_____