

AZIONI DA METTERE IN ATTO	
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Responsabile dell'organizzazione dell'intervento è L'ADULTO DI RIFERIMENTO PRESENTE

Recapiti telefonici

MAMMA	
PAPÀ	
ALTRO: _____	
MEDICO/PEDIATRA: _____	
PRONTO SOCCORSO	118 0434 399422 Pronto Soccorso Pediatrico 0434 399433 Reparto Pediatria

In assenza dei genitori l'accompagnamento sarà effettuato da personale scolastico che salirà a bordo dell'ambulanza e attenderà i familiari al Pronto Soccorso dell'ospedale.

Data _____ Firma del referente _____

Si prega di restituire il presente piano al Servizio di Prevenzione e Promozione alla Salute – Dipartimento di Prevenzione AAS 5 “Friuli Occidentale” (e-mail promozione.salute@aas5.sanita.fvg.it).

ALLEGATO 3

AUTORIZZAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente _____ Tel. _____

Scuola _____ Classe _____

Dirigente Scolastico _____

Constatata l'assoluta necessità, si autorizza la somministrazione in ambito e orario scolastico del seguente farmaco:

Nome commerciale del farmaco _____

Dose _____

Modalità di Somministrazione _____

Orario:

al bisogno, secondo quanto concordato nella formazione

Durata della terapia _____

Modalità di conservazione _____

Eventuali note di primo soccorso _____

Data _____ Firma del dirigente scolastico _____

ALLEGATO 4

PIANO DI CURA DEL DIABETE A SCUOLA

Questo programma è preparato dal diabetologo pediatra e condiviso con i genitori dello studente ed il medico di famiglia. Esso costituisce uno strumento di supporto per il personale Docente e A.T.A. utile alla gestione del diabete a scuola, inclusa la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo quanto raccomandato dal MIUR con Nota Prot. n. 2312/Dip/Segr del 25/11/2005.

Il Sig. _____, che esercita la potestà genitoriale sul minore sotto indicato, ha espresso il consenso al trattamento dei dati personali del medesimo (Allegato 5).

INFORMAZIONI GENERALI

Studente

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____ Anno Scolastico _____

Istituto Scolastico _____

Scuola _____ Classe _____

Numeri di contatto per le informazioni

Genitore/legale rappresentante 1 _____

Telefono casa _____

Telefono lavoro _____

cellulare _____

Genitore/legale rappresentante 2 _____

Telefono casa _____

Telefono lavoro _____

cellulare _____

Pediatra/medico di famiglia

Nome e cognome _____

Telefono _____

Cellulare _____

Servizio di riferimento di Diabetologia Pediatrica

Nome e cognome del medico _____

Telefono _____

Cellulare _____

Altri contatti di emergenza

Nome e Cognome _____

Tipo di relazione con lo studente _____

Telefono _____

Pasti e merende assunti a scuola

Lo studente è indipendente nel calcolo e nella gestione dei carboidrati? Si No

Se sì:

Merenda di metà mattina: Si No

Pranzo: Si No

Merenda di metà pomeriggio: Si No

Merenda prima dell'attività fisica: Si No

Merenda dopo l'attività fisica: Si No

Altre occasioni di merende o spuntini: _____

Cibo preferito per gli spuntini: _____

Cibi da evitare: _____

Istruzioni per il cibo fornito in classe (ad es. per una festa di classe) _____

Attività fisica e sport

Una fonte di carboidrati ad azione rapida come _____

deve essere disponibile nel luogo di svolgimento delle attività fisiche o sportive.

Esenzione da qualche attività: _____

- Se la glicemia è inferiore a _____ mg/dl somministrare _____
e aspettare 30 minuti circa prima di fare attività fisica.

- Se la glicemia è maggiore di _____ mg/dl evitare di fare attività fisica

Capacità dell'allievo rispetto alla terapia

È in grado di eseguire lo stick della glicemia da solo? Si No

È in grado di stabilire la dose corretta di insulina da solo? Si No

È in grado di preparare da solo l'insulina che si deve somministrare? Si No

È capace di somministrarsi l'insulina da solo? Si No

Ha bisogno di supervisione di un adulto per preparare o eseguire la dose di insulina? Si No

GESTIONE QUOTIDIANA

Controllo della glicemia

Valori ottimali della glicemia (cerchiare) [70-150] – [70-180] - Altro _____

Orari abituali di controllo della glicemia _____

Situazioni in cui eseguire controlli extra della glicemia (barrare):

prima di svolgere attività fisica

se lo studente mostra segni di iperglicemia

dopo aver svolto attività fisica

se lo studente mostra segni di ipoglicemia

altro (spiegare) _____

Lo studente può controllare la glicemia da solo? Si No

Eccezioni: _____

Marca e tipo di strumento per la determinazione della glicemia utilizzato dallo studente:

Tipo di terapia insulinica

Multi-iniettiva Microinfusore

Dose di insulina per i pasti

Telefonare sempre ai genitori per stabilire la dose? Si No

Dose abituale di rapida a pranzo: n° _____ UI di insulina _____

oppure è flessibile usando n° _____ unità di _____ per _____ grammi di carboidrati.

n° _____ unità se la glicemia è da _____ a _____ mg/dl;

n° _____ unità se la glicemia è da _____ a _____ mg/dl

Utilizzo di altra insulina a pranzo: n° _____ UI di insulina _____

Per modificare le dosi di insulina consultare i genitori in queste circostanze:

Dose insulinica di correzione

Con una glicemia maggiore di _____ mg/dl (lontano dai pasti) contattare

per concordare la dose correttiva

Ipoglicemia lieve (glicemia inferiore a 70 mg/dl, senza perdita di coscienza)

Sintomi abituali di ipoglicemia: _____

Trattamento dell'ipoglicemia: _____

Data _____

Firma del diabetologo _____

Richiesta di menù vegetariano/vegano

Alla Direzione dell'Istituto _____

Al Servizio Ristorazione scolastica del Comune di _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

IN QUALITÀ DI: GENITORE LEGALE RAPPRESENTANTE LEGALE

DEL/LA BAMBINO/A:

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

TELEFONO ABITAZIONE _____ CELLULARE _____

E-MAIL _____

FREQUENTANTE PER L'ANNO SCOLASTICO _____

- NIDO D'INFANZIA _____

- SCUOLA DELL'INFANZIA _____

- SCUOLA PRIMARIA _____

- SCUOLA SECONDARIA _____

SEZIONE/CLASSE _____

PRESENTE IN MENSA NEI SEGUENTI GIORNI

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
--------	---------	-----------	---------	---------

CHIEDE

CHE AL PROPRIO FIGLIO VENGA SOMMINISTRATO IL SEGUENTE MENÙ SCOLASTICO

(barrare una delle seguenti caselle)

MENÙ VEGETARIANO (privo di carne e pesce)

MENÙ VEGANO (privo di alimenti di origine animale)

Poiché i sopraindicati menù scolastici vegetariani/vegani non garantiscono gli apporti consigliati per l'infanzia dai LARN, per quanto riguarda le vitamine B12 e D, riboflavina, Ferro, Zinco, Calcio, EPA e DHA, si raccomanda vivamente per la salute del bambino che il genitore assicuri il riequilibrio e l'integrazione dei nutrienti con i pasti consumati in famiglia.

Data _____ Firma del genitore _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Artt. 13 e 23 D.Lgs. 196/2003)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in _____

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione inoltrata.

DATA _____

(Firma leggibile) _____

ALLEGATO 6

RACCOMANDAZIONI PER L'ALLONTANAMENTO E LA RIAMMISSIONE

(per i genitori)

Non è necessario allontanare i bambini e/o i ragazzi con malattia lieve, a meno che non sia presente una delle seguenti condizioni:

- la malattia richieda cure che il personale non è in grado di fornire senza compromettere la salute e la sicurezza degli altri bambini;
- la malattia impedisca al bambino di partecipare adeguatamente alle attività.

È comunque necessario che lo studente NON frequenti la scuola se presenta:

- febbre, irritabilità, pianto persistente, difficoltà respiratoria o altri segni di malattia importante;
- diarrea, vomito (episodi ripetuti);
- congiuntivite purulenta (secrezione bianca o gialla dall'occhio, spesso con palpebre appiccicose al risveglio) fino a 24 ore dall'inizio del trattamento antibiotico;
- faringite/tonsillite (intenso arrossamento della gola con eventuale formazione di placche di color grigio-giallastro) fino a 48 ore dopo l'inizio di un eventuale trattamento antibiotico e fino a 24 ore dopo lo sfebbramento completo, sempre che le condizioni generali lo permettano;
- impetigine (infezione batterica della pelle), fino a 24 ore dopo l'inizio del trattamento, avendo cura di proteggere le parti infette esposte al contatto;
- pediculosi, fino al giorno dopo il primo trattamento comprensivo dell'asportazione delle lendini;
- scabbia, fino al giorno successivo all'inizio del trattamento;
- varicella, fino a che le lesioni non sono secche e crostose;
- morbillo, fino a 5 giorni dopo la comparsa dell'esantema;
- parotite, fino a 9 giorni dopo l'insorgenza della tumefazione parotidea;
- pertosse, fino al 5° giorno completo di appropriata terapia antibiotica (che deve essere continuata per 14 giorni) o comunque quando le caratteristiche della tosse lo permettano;
- epatite a, fino ad una settimana dopo l'insorgenza della malattia o dell'ittero;
- ogni altra malattia infettiva e contagiosa (stomatite aftosa, stomatiti erpetica, rash cutanei, ...), seguendo le indicazioni del pediatra.

I genitori sono invitati ad informare tempestivamente la referente della Struttura Scolastica in merito alla malattia del proprio figlio, trattenendolo a casa ed attenendosi alle disposizioni del pediatra per la riammissione alla frequenza.

Sommario

Premesse.....	1
Art. 1 - Finalità.....	4
Art. 2 - Principi fondanti	4
Art. 3 - Adesione delle scuole	5
Art. 4 - Rete inter-istituzionale	5
Art. 5 - Somministrazione dei farmaci a scuola.....	5
Art. 6 - Alimentazione e Nutrizione.....	7
Art. 7 - Le Malattie Infettive e Parassitarie.....	8
Art. 8 - Formazione.....	9
Art. 9 - Strumenti e metodologie	9
Art. 10 - Durata	9
Art. 11 - Diffusione del protocollo d'intesa.....	10
ALLEGATO 1	11
ALLEGATO 2	14
ALLEGATO 3	16
ALLEGATO 4	17
ALLEGATO 5	20
ALLEGATO 6	22