PIANO DI CURA PER IL BAMBINO CON DIABETE NEI MILAN JUNIOR CAMP 2012

(scrivere in stampatello)

Questo programma è preparato dal diabetologo pediatra e condiviso con i genitori del bambino. Esso costituisce uno strumento di supporto per lo staff del Milan Junior Camp e per il pediatra che fornirà supervisione e reperibilità per l'intera durata della vacanza residenziale, utile alla gestione del diabete, inclusa la somministrazione di farmaci, 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 (vedi allegato).

INFORMAZIONI GENERALI

Dati del partecipante

Cognome _____ Nome_____ Sesso M /F

Nato il _____ Luogo di nascita _____

Via _____ Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel _____ Cell_____ Fax_____ Email _____

Milan Junior Camp selezionato _____ per il periodo _____

Numeri di contatto per le informazioni

Genitore 1 o di chi ne fa le veci _____

Telefono casa _____ Lavoro _____ Cell _____

Genitore 2 o di chi ne fa le veci _____

Telefono casa _____ Lavoro _____ Cell _____

Pediatra/medico di famiglia

Nome e Cognome _____ Tel _____ Cell _____

Centro di Diabetologia Pediatrica

Ospedale _____ Comune _____ Prov _____

Nome e Cognome del medico _____

Telefono _____ Cell _____

Nome altro sanitario _____

Telefono _____ Cell _____

Altri contatti di emergenza

Nome e Cognome _____ Tipo di relazione con il bambino _____ Tel _____

Nome e Cognome _____ Tipo di relazione con il bambino _____ Tel _____

Pasti

Lo studente è indipendente nel calcolo e nella gestione dei carboidrati?

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 _____

Cibo preferito per gli spuntini: _____

Cibi da evitare: _____

Istruzioni per il cibo fornito in altre occasioni (ad esempio gita fuori porta) _____

_____

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 (vedi trattamento dell'iperglicemia).

GESTIONE QUOTIDIANA

Controllo della glicemia

Valori ottimali della glicemia: a digiuno _____ mg/dL dopo 2 ore dal pasto _____ mg/dL

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 ipoglicemie

Altro (spiegare) _____

Il ragazzo è in grado di controllare la glicemia da solo? SI NO

Eccezioni: _____

Marca e tipo di strumento per la determinazione della glicemia utilizzato dal bambino:

_____

Terapia insulinica

☐ Multi-iniettiva ☐ Microinfusore

A. <u>Multi-iniettiva</u>		tipo di insulina	Unità
Colazione	ore ……	……	……
Merenda	ore ……	……	……
Pranzo	ore ……	……	……
Merenda	ore ……	……	……
Cena	ore ……	……	……
Prima di dormire	ore ……	……	……

B. Microinfusore

Marca:…… Modello: …… Set infusionale: ……
Tipo di insulina: ……..

Profilo basale:		Boli:
ore ……	……	colazione ……..
ore ……	……	merenda ……..
ore ……	……	pranzo ……..
ore ……	……	merenda ……..
ore ……	……	cena ……..

Variazione della dose di insulina ai pasti

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

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

Sintomi abituali di ipoglicemia: _____
Trattamento dell'ipoglicemia: _____
_____

PRESIDI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI

Materiale da tenere nella struttura ospitante il Milan Junior Camp

N° Confezioni	Materiale
_____	Glucometro _____
_____	Strisce reattive per il glucometro _____
_____	Penna pungi dito _____
_____	Lancette _____
_____	Guanti _____
_____	Strisce reattive per misurare i chetoni nelle urine _____
_____	Fiale di insulina (conservare in frigo da +2 a +8°C) _____
_____	Siringhe da insulina _____
_____	Aghi per iniettore a penna _____
_____	Iniettore a penna _____
_____	Fonte rapida di glucosio _____
_____	Spuntino contenente carboidrati _____
_____	Kit di emergenza per il glucagone (conservare in frigo da +2 a +8°C) _____

UBICAZIONE (*) _____

URGENZE ED EMERGENZE

Ipoglicemia grave (glicemia inferiore a 70 mg/dl con perdita di coscienza e/o emiparesi e/o convulsioni)

Il glucagone è un farmaco salvavita che deve essere somministrato al ragazzo se è in stato di incoscienza, sta avendo le convulsioni, o non è capace di deglutire. Via intramuscolo dose _____ da iniettare nei glutei (ripetibile dopo 15 minuti).

Azioni da effettuare in caso di ipoglicemia grave:

1° somministrare il glucagone
2° chiamare il medico del campo e il 118
3° chiamare altrinumeri di emergenza
4° somministrare zucchero per bocca quando il bambino si riprende

Personale di riferimento per la somministrazione del glucagone (*): _____
_____

Iperglicemia grave (glicemia superiore a 350 mg/dl)

Sintomi abituali da iperglicemia: _____
Trattamento dell'iperglicemia: _____
I chetoni nelle urine devono essere controllati quando la glicemia supera i 300 mg/dl

MICROINFUSORE

Per i bambini con microinfusore

Tipo di insulina nel microinfusore: _____
Tipo di set infusionale: _____

Si attesta che il bambino con diabete è idoneo a svolgere attività sportiva non agonistica ed è autonomo nella gestione della terapia.

FIRME

Questo programma è approvato da:

_____ _____
Medico del Centro di Diabetologia Pediatrica (nome e cognome in stampatello e firma) data

_____ _____
Pediatra/medico di famiglia (nome e cognome in stampatello e firma) data

Questo programma è stato ricevuto da:

_____ _____
Genitore o chi ne fa le veci (nome e cognome in stampatello e firma) data

_____ _____
Responsabile struttura Milan Junior Camp (nome e cognome in stampatello e firma) data

_____ _____
Allenatore Milan Junior Camp (nome e cognome in stampatello e firma) data

(*) Parti da compilare a carico del responsabile della struttura del Milan Junior Camp