SCUOLA MEDIA 'PAOLO VI' – ISTITUTO LODOVICO PAVONI
Scuola secondaria di primo grado - Paritaria
Via Sopranzi 26 - 21049 TRADATE (VA)
Tel.: 0331.841417 (Segreteria Tel e FAX: 0331.840950)
www.istitutopavoni.it - istitutopavoni@pavoniani.it

**Oggetto: Scheda di prescrizione della terapia insulinica**

Cognome alunno/a ……..…….. Nome……..……..

Data di Nascita il ..…/…../…….

**Attuale terapia insulinica:**

- Numero iniezioni ……/die
- Anno di diagnosi Diabete Mellito tipo 1: …….
- lnsuline utilizzate: …….…….

**Terapia da effettuare al pranzo:**

- □ Subito prima del pasto
- □ Subito dopo la conclusione del pasto
  - □ siringa □ penna□ Tipo di insulina …… ……U (intermedia)
  - □ siringa □ penna □ Tipo di insulina …… ……U (rapida)

**Variazioni delle dosi di insulina rapida:**

……Unità se glicemia inferiore a …… mg/dI

……Unità se glicemia compresa tra …… mg/dl e……..… mg/dl

……Unità se glicemia compresa tra …… mg/dl e ……mg/dl

……Unità se glicemia compresa tra …… mg/dl e ……mg/dl

……Unità se glicemia superiore a …… mg/dl

……

*(Firma del medico e timbro del Centro con indicati i recapiti telefonici)*

Numeri di telefono utili: ……...……..

……

Data ……

……

*Firma dei genitori o di chi ne fa veci*