

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud
Responsabili: *Dr.ssa Giulia MORTARA / Dr.ssa Maria Clara ZANOTTO*
Pedatria di Comunità – Referente *Dr.ssa Bruna CERBINO*
Centrale Pedatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582
e-mail: centralepdc@aslcitytorino.it

Allegato E

SCHEDA PAC
PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

MINORE Nato il .../.../..... a

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S/.....

DIAGNOSI

INTERVENTO RICHIESTO

FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO di: Personale scolastico Altro (specificare).....

■ Il minore:

◆ è portatore di:

◆ è completamente autonomo: **NO / SI** nell'attività di:

1)

2)

3)

◆ è parzialmente autonomo: **NO / SI** nell'attività di:

1)

2)

3)

◆ NON è autonomo

sezione specifica per il MINORE CON DIABETE

■ Il minore è autonomo:

- nel controllo della glicemia **NO / SI**
- nella somministrazione di insulina **NO / SI**
- nel calcolo del dosaggio **NO / SI**
- altro (specificare)

■ Il minore è portatore:

- di monitoraggio continuo della glicemia **NO / SI**
- di microinfusore **NO / SI**
- altro (specificare)

■ Il genitore del minore è stato dichiarato idoneo dal Centro Specialistico a dare indicazioni sulle variazioni della terapia **NO / SI** - come da All.3bis del ___/___/___

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud

Responsabili: *Dr.ssa Giulia MORTARA / Dr.ssa Maria Clara ZANOTTO*

Pediatria di Comunità – Referente Dr.ssa Bruna CERBINO

Centrale Pediatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582

e-mail: centralepdc@aslcittaditorino.it

Allegato E

SCHEDA PAC
PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

MINORE Nato il / / a

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S. /

PIANO DI ATTUAZIONE DEL PROGETTO di FORMAZIONE/ADESTRAMENTO

SOGGETTO FORMATORE	OBIETTIVI FORMAZIONE	MODALITA' e TEMPI
PERSONALE SANITARIO	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	
GENITORI	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	
ALTRO (specificare) _____	1. _____ 2. _____	

Dipartimento Materno Infantile

SS.SS.DD. Consultori Familiari e Pediatrici Nord/Sud
Responsabili: *Dr.ssa Giulia MORTARA / Dr.ssa Maria Clara ZANOTTO*
Pedatria di Comunità – Referente *Dr.ssa Bruna CERBINO*
Centrale Pedatria di Comunità – tel. 011/7095 3581 – 3582
e-mail: centralepdc@aslcitytorino.it

Allegato E

SCHEDA PAC
PROGETTO ASSISTENZIALE CONDIVISO

MINORE Nato il / / a

SCUOLA CLASSE/SEZ. A.S /

NOTE

.....

.....

.....

.....

DATA _____

FIRME dei presenti all'Incontro di Programmazione a scuola
GENTORI

NOME E COGNOME _____ FIRMA _____

NOME E COGNOME _____ FIRMA _____

DIRIGENTE SCOLASTICO/Delegato

NOME E COGNOME _____ FIRMA _____

PERSONALE SANITARIO

NOME E COGNOME _____ FIRMA _____

NOME E COGNOME _____ FIRMA _____

NOME E COGNOME _____ FIRMA _____

TUTOR

NOME e COGNOME _____ QUALIFICA/ISTITUZIONE _____ FIRMA _____

.....

.....

.....

.....

.....

ALTRI SOGGETTI PRESENTI

NOME e COGNOME _____ QUALIFICA/ISTITUZIONE _____ FIRMA _____

.....

.....

.....

.....