

ŠIAULIŲ SALDUVĖS PROGIMNAZIJOS MOKINIŲ, SERGANČIŲ LĖTINĖMIS NEINFEKČINĖMIS LIGOMIS, SAVIRŪPOS PROCESO ORGANIZAVIMO TVARKOS APRAŠAS

I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Mokinių sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (toliau – LNL) savirūpos proceso organizavimo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato mokinių savirūpos proceso organizavimą Šiaulių Salduvės progimnazijoje (toliau Mokykloje), mokyklos atsakomybes ir pareigas, mokinių, tėvų (globėjų, rūpintojų) atsakomybes ir pareigas.

2. Aprašo tikslas – užtikrinti sklandų savirūpos proceso organizavimą Mokykloje.

3. Mokinio, sergančio LNL, savirūpos įgyvendinimo procese dalyvauja mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai), Mokyklos vadovas ar jo įgaliotas atstovas, mokyklos visuomenės sveikatos specialistas (toliau – VSS), mokinių ugdomąsias mokytojas ir kiti švietimo pagalbos specialistai.

4. Savirūpos procesas organizuojamas atsižvelgiant į mokinio poreikius ir tiksliai gydytojų rekomendacijas pagal mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų) ir mokyklos parengtą savirūpos planą (1 priedas).

5. Aprašas parengtas vadovaujantis:

5.1. Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 11 d. įsakymu Nr. V-1428/V-1465 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymo Nr. V-1035/Įsak-2680 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

5.2. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro „Lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (cukriniu diabetu, bronchų astma ir dermatitu) sergančių vaikų, ugdomų bendrojo ugdymo įstaigose, sveikatos priežiūros mokyklose“ (2020) rekomendacijomis.

II SKYRIUS SĄVOKOS IR APIBRĖŽIMAI

6. Apraše naudojamos sąvokos ir apibrėžimai:

6.1. Lėtinės neinfekcinės ligos – ilgos trukmės ir paprastai lėtai progresuojančios ligos, tokios kaip širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys, cukrinis diabetas, lėtinės kvėpavimo takų ligos ir psichikos sveikatos sutrikimai, kaip tai nustatyta Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų strategijoje, patvirtintoje LR Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-96413.

6.2. Mokinys – asmuo, kuris mokosi Mokykloje.

6.3. Tėvai (globėjai, rūpintojai) – mokinio atstovai pagal įstatymą, kaip tai nustatyta LR vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme¹⁸, t. y. vaiko tėvai, vaiką įvaikinus – įtėviai, nustačius globą ar rūpybą – globėjai ar rūpintojai, įstatymų nustatytais atvejais – valstybinė vaiko teisių apsaugos institucija.

6.4. Savirūpa – mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, gebėjimas saugoti sveikatą, prisitaikyti prie aplinkos sąlygų, apsisaugoti nuo ligos komplikacijų, sveikatos būklės pablogėjimo atpažinimas ir gebėjimas pačiam vykdyti gydytojo paskirtą gydymą savarankiškai, su šeimos ar mokyklos darbuotojų pagalba, kaip tai nustatyta Plane.

6.5. Individualus savirūpos planas – individualiai pagal gydytojo rekomendacijas ir tėvų lūkesčius parengtas veiksmų planas, užtikrinantis sklandžią savirūpos proceso eigą.

6.6. Įgaliotas atstovas – Mokyklos direktoriaus įsakymu paskirtas asmuo, atsakingas už savirūpos pagalbos organizavimą.

III SKYRIUS

SAVIRŪPOS PROSESO ORGANIZAVIMAS MOKYKLOJE

7. Savirūpos procesas Mokykloje organizuojamas, jei:

7.1. Mokinys, mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) raštu praneša Mokyklai apie esantį/atsiradusį savirūpos organizavimo poreikį mokiniui.

7.2. Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas (toliau VSS) apie savirūpos poreikį mokiniui informaciją gauna, analizuodamas mokinio sveikatos duomenis vaikų sveikatos stebėsenos informacinėje sistemoje (VSS IS).

8. Savirūpos proceso organizavimo eiga:

8.1. Gavus informaciją apie mokiniui reikalingą pagalbą, Mokyklos įgaliotas atstovas (o gal geriau VSS) inicijuoja Vaiko gerovės komisijos (toliau – VGK) posėdį. Į posėdį pakviečiami: mokinys, mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai). Jo metu mokinys, mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) supažindinami su Mokyklos galimybėmis organizuoti mokinio savirūpai reikalingą pagalbą, aptariama individualaus savirūpos plano (toliau – Planas) būtinybė bei jo parengimas.

8.2. Mokyklos VSS rengia Planą pagal tiksliai, aiškiai išdėstytas gydytojo rekomendacijas bei tėvų išsakytus lūkesčius.

8.3. Mokyklos VSS supažindina mokinį, tėvus (globėjus, rūpintojus) su Planu.

8.4. Mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai) užpildo Plano 2, 5 dalis.

8.5. Planas suderinamas su tėvais jiems pasirašant 8 dalyje. Planas gali būti pildomas pasitelkiant vaiką gydantį gydytoją.

8.6. Planas suderinamas su Mokyklos VSS jam pasirašant 9 dalyje.

8.7. Jeigu mokiniui reikia atlikti procedūrą, kuri priskirta asmens sveikatos priežiūros licencijuotoms paslaugoms, kaip pvz.: vaisto injekcija, kateterio įvedimas ir kt., tai atlieka mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai).

8.8. Jeigu vaikas pagalbą sau teikia pats, arba procedūra nereikalauja konfidencialumo ir specialių sąlygų, vaiko (tėvų, globėjų) pageidavimu ji gali būti atliekama klasėje/ grupėje.

8.9. Suderintas ir patvirtintas Planas tampa Mokymo sutarties neatsiejama dalimi.

8.10. Planas gali būti koreguojamas pasikeitus mokinio sveikatos būklei.

8.11. Tėvai (globėjai, rūpintojai) gali atsisakyti savirūpos mokiniui organizavimo, atsisakymą

išreikšdami raštiškai.

IV SKYRIUS

MOKYKLOS ATSAKOMYBĖS IR PAREIGOS

9. Mokykla įsipareigoja:

9.1. Sudaryti sąlygas mokinio savirūpai organizuoti.

9.2. Parengti individualų savirūpos planą.

9.3. Organizuoti individualius pokalbius, VGK posėdžius su mokiniu, tėvais (globėjais, rūpintojais).

9.4. Tvarkyti ir saugoti surinktus mokinių ir tėvų (globėjų, rūpintojų) asmens duomenis laikantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento ir Asmens duomenų tvarkymo Mokykloje taisyklių reikalavimų.

10. Mokykla atsako už sklandų savirūpos proceso organizavimą, individualaus savirūpos plano sudarymą bei proceso koordinavimą.

V SKYRIUS

MOKINIO, TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) ATSAKOMYBĖS IR PAREIGOS

11. Informuoti Mokyklą apie savirūpos organizavimo poreikį.
 12. Suteikti reikiamą informaciją Plano rengimui.
 13. Pateikti gydytojų rekomendacijas.
 14. Atvykti į individualius susitikimus, VGK posėdžius.
 15. Plane užpildyti tėvams (globėjams, rūpintojams) skirtas dalis ir pateikti reikiamą informaciją.
 16. Mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai) atsako už individualaus savirūpos plano įgyvendinimą, vykdymą.
 17. Tėvai (globėjai, rūpintojai) privalo užtikrinti, suteikti visas Plane nurodytas priemones ir medikamentus bei pasirūpinti susidarančių atliekų šalinimu.
-

INDIVIDUALUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA BRONCHŲ ASTMA, TEIKIMO MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga bronchų astma, teikimo Mokykloje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Mokyklos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio bronchų astma, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO DUOMENYS

	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Mokykla:	
	Grupė/klasė:	
Mokyklos adresas:	gatvė, namo nr.	
	miestas/ rajonas	
	pašto kodas	
Gyvenamosios vietos adresas:	gatvė, namo nr.	
	miestas/ rajonas	
	pašto kodas	
PLANO sudarymo data		
PLANO peržiūros data		

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA

Pirmas kontaktas –		
Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:	Mama	
Telefono numeris:	Mobilus:	
	Darbo:	
Elektroninio pašto adresas:		

Antras kontaktas –		
Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:	Tėtis	
Telefono numeris:	Mobilus:	
	Darbo:	
Elektroninio pašto adresas:		

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA

Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	Vardas ir pavardė:	Eglė Bertulienė
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas Mokykloje:	Pirmadienis 8.00 -15.36 Antradienis 8.00 -15.36

		<i>Trečiadienis nedirba</i> <i>Ketvirtadienis 8.00 -15.36</i> <i>Penktadienis 8.00 -15.36</i>
	<i>Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:</i>	<i>4 aukštas, prie sporto salės.</i>
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	<i>Pirmadienis</i> <i>Antradienis</i> <i>Trečiadienis</i> <i>Ketvirtadienis</i> <i>Penktadienis</i>
	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	<i>Pirmadienis</i> <i>Antradienis</i> <i>Trečiadienis</i> <i>Ketvirtadienis</i> <i>Penktadienis</i>

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ

Kokia jūsų vaikai nustatytos bronchų astmos kilmė?	☐ Alerginė ☐ Nealerginė		
Kokio pobūdžio bronchų astmos simptomai būdingi jūsų vaikui?	☐ Priepuoliniai		☐ Pastovūs
	☐ Sezoniniai	☐ Visus metus	☐ Cikliniai
Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:</i>			
Alergijos:			

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Mokyklos ribų?	Taip	☐
	Ne	☐
Jeigu taip , ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje	Taip	☐
	Ne	☐

mokymosi proceso metu?	
------------------------	--

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje?	Taip	☐ (Vartoti tik esant dusuliui arba kai iš bronchų girdimas ūžesys)
	Ne	☐
Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? Kartais galimas silpnas drebulys, galvos skausmas, padažnėjęs širdies plakimas. Labai retais atvejais gali atsirasti raumenų mėšlungis. Vaikai, vartojantys šį vaistą, retkarčiais gali tapti neramūs ir sujaudinti. Labai retai būna trumpų svaigulio priepuolių. Kartais vaistas gali sudirginti burną ir gerklę.		

Vaisto pavadinimas	Dozė	Vartojimo būdas	Vartojimo laikas/ dažnis	Vaisto galiojimo laikas IKI	Vaisto naudojimo administravimas

Svarbu. Vaistai turėtų būti aiškiai paženklinėti vaiko vardu ir laikomi vadovaujantis Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka.

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI BRONCHŲ ASTMOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS

Bronchų astmos paūmėjimas - būklė, kai minutėmis, valandomis ar dienomis progresuoja dusulys, kosulys, švilpimas krūtinėje ir (ar) krūtinės veržimas, blogėja plaučių funkcijos rodikliai.

Bet kurio sunkumo astmos metu galimi lengvi, vidutinio sunkumo, sunkūs ar gresiantys kvėpavimo sustojimu astmos paūmėjimai.

Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	Taip	☐
	Ne	☐

Kokie bronchų astmos paūmėjimo simptomai dažniausiai būdingi jūsų vaikui?	☐ Švokštimas (švilpimas), ☐ dusulys, ☐ kosulys (sausas ar produktyvus), ☐ sunkumo (veržimo) jautimas krūtinėje ☐ kita (išvardinkite)	
Kas išprovokuoja jūsų vaiko bronchų astmos paūmėjimą?	☐ Namų dulkių erkių alergenai ☐ Tarakonų alergenai ☐ Patalpų teršalai ☐ Žiedadulkės ☐ Sportas/ fizinė veikla ☐ Peršalimas/ gripas ☐ Kita (išvardinkite):	☐ Gyvūnų alergenai ☐ Patalpų pelėsiai ☐ Vaistai ☐ Stresas ☐ Oro sąlygos ☐ Oro tarša (tabako dūmai,

Ar jūsų vaikas pasako kai jam reikalingi medikamentai?	☐ Taip	☐ Ne
Ar jūsų vaikui reikalinga pagalba vartojant (įkvepiant) vaistus?	☐ Taip	☐ Ne
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?	•	
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	Skambinti tėvams, kad pasiimtų vaiką iš Mokyklos. Vaikas išleidžiamas su tėvais.	

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Mokykloje?	Taip	☐
	Ne	☐

Kokios mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Mokykloje?	Paklausti vaiko kaip jaučiasi ir stebėti ar nėra švokštimo ar dusulio.	
Kada jas reikia taikyti?	Prieš ir po fizinio ugdymo pamokos, stresinėje situacijoje, pamačius, kad vaiko elgesys ne toks kaip visada.	

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU

Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Mokykloje metu?	Taip	☐
	Ne	☐

9. FIZINIS AKTYVUMAS

Ar reikalingi kokie nors specialios pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu?	Taip	☐
	Ne	☐

Pagalbos veiksmai fizinio ugdymo pamokos metu	Dėl didesnio fizinio aktyvumo gali kilti dusulys ar iš bronchų sklindantys užėsiai, todėl vengti per didelio fizinio aktyvumo.	
---	--	--

10. POVEIKIS MOKINIO MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI

Ar mokinio sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio mokymuisi?	Taip	☐
	Ne	☐

11. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA

Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę?	Taip ☐ Ne ☐	
Kokie Mokyklos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?	•	

Kokių veiksmų reikėtų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	•
--	---

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ	
Kokia pagalba (gali būti) reikalinga?	
Kada reikia suteikti pagalbą?	
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

SUTIKIMAS

Aš sutinku, kad šiame PLANE pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo Mokykloje poreikius. Aš suprantu ir sutinku, kad šiame SUSITARIME pateikta informacija bus dalijamasi su Mokyklos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyje mano vaiko sveikatos ir saugos tikslais. Įsipareigoju nedelsiant informuoti Mokyklą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Aš sutinku, kad:

- ☐ Mokykla mano vaikui reikalingus vartoti Mokykloje vaistus administruotų Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka
- ☐ Mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą vaiko vartojimui šiame PLANE nurodytais laiko intervalais, dozėmis, būdais, taip pat ir teikiant pagalbą ligos paūmėjimo atvejais, kaip tai yra nurodyta šiame PLANE.
- ☐ Aš sutinku, kad mano vaikas Mokykloje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.
- ☐ Aš esu susipažinęs su Mokyklos man pateiktu Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas	
Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas ir pavardė:	
Parašas:	

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Mokykla imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti mokinio tėvus (globėjus, rūpintojus), PLANO vykdytojus bei **peržiūrėti** PLANĄ, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Įsipareigoju paskirti Mokyklos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

Mokyklos vadovo arba įgalioto atstovo parašas	
Vardas ir pavardė:	
Pareigos:	
Parašas:	

Aš **sutinku** padėti Mokyklai įgyvendinti šiame PLANE pateiktas asmens sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijas šiam mokiniui ir atlikti šiuos, PLANE nurodytus, veiksmus mano darbo Mokykloje grafike nustatytu darbo laiku (išvardinkite):

1. Pagal poreikį suduoti vaistus.
2. Stebėti mokinio sveikatos būklę.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje parašas	
Visuomenės sveikatos specialisto vardas ir pavardė:	
Parašas:	

INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI VAIKAS SERGA KONTAKTINIŲ DERMATITŲ, TEIKIMO UGDYMO ĮSTAIGOJE PLANAS

1. MOKINIO DUOMENYS		
	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Mokykla:	
	Grupė/klasė:	
Mokyklos adresas:	<i>gatvė, namo nr.</i>	
	<i>miestas/ rajonas</i>	
	<i>pašto kodas</i>	
Gyvenamosios vietos adresas:	<i>gatvė, namo nr.</i>	
	<i>miestas/ rajonas</i>	
	<i>pašto kodas</i>	
PLANO sudarymo data		
PLANO peržiūros data		

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Pirmas kontaktas – Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:	Mama	
Telefono numeris:	<i>Mobilus:</i>	
	<i>Darbo:</i>	
Elektroninio pašto adresas:		

Antras kontaktas – Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:	Tėvas	
Telefono numeris:	<i>Mobilus:</i>	
	<i>Darbo:</i>	
Elektroninio pašto adresas:		

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	Tel. Nr. El. paštas
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:</i>	
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	Tel. Nr. El. paštas
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	Pirmadienis Antradienis

		Trečiadienis Ketvirtadienis Penktadienis
Kiti svarbūs asmenys:		
Direktorius pavaduotojas ugdymui		

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ

Koks Jūsų vaikai nustatyto dermatito tipas?	☐ atopinis dermatitas	☐ kontaktinis dermatitas	☐ seborėjinis dermatitas
Sveikatos būklės apibūdinimas:			
Kokie bendri simptomai būdingi jūsų vaikui?	<u>intensyvus niežėjimas;</u> ☐ miego sutrikimai; ☐ paryškėjęs odos piešinys; ☐ nuo kasymo atsiradusios stigmos (atsivėrę žaizdos); ☐ gali pakisti tuštinimasis – viduriavimas, vidurių užkietėjimas; ☐ riebi, patinusi oda; ☐ baltos arba gelsvos pleiskanos; ☐ pilvo skausmai; ☐ pilvo pūtimas; ☐ kita (išvardinkite): odos deginimas, tinimas, paraudimas, sloga, dilgėlinės tipo bėrimas.		
Alergijos: (nurodykite)	☐ Namų dulkių erkių alergenai ☐ Gyvūnų alergenai ☐ Maisto alergenai ☐ Patalpų pelėsiai ☐ Patalpų teršalai ☐ Vaistai ☐ Žiedadulkės ☐ Stresas ☐ Oro sąlygos ☐ Oro tarša, ☐ Kita (išvardinkite): žuvis, jūros gėrybės.		

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Mokyklos ribų?	Taip	☐
	Ne	☐
Jeigu taip, ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje mokymosi proceso metu?	Taip	☐
	Ne	☐
	Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje?	Taip	☐
	Ne	☐
	Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	

--	--

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie vaistų vartojimo dozę, laiką, vartojimo būdą ir naudojimo administravimą

Vaisto pavadinimas	Dozė	Vartojimo būdas	Vartojimo laikas/ dažnis	Vaisto galiojimo laikas IKI	Vaisto naudojimo administravimas

Vaistai paženklini jūsų vaiko vardą, pavardę laikomi vadovaujantis Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka.

Vaistai turi būti laikomi

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI LĖTINĖS NEINFEKČINĖS LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMŲ JOMS IŠTIKUS

Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę (-es) apie ligos paūmėjimo būklės (-ių) atpažinimo simptomus ir taikytinas neatidėliotinas pagalbos priemones joms pasireiškus. Kiekvienai paūmėjimo būklei apibūdinti užpildykite atskirą lentelę.

Kokie yra (dermatito, egzemos) paūmėjimo būklės simptomai būdingi jūsų vaikui? (išvardinkite)	
Kas išprovokuoja dermatito (egzemos) paūmėjimo būklę jūsų vaikui? (išvardinkite)	
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? (išvardinkite)	
Kokia tolimesnių veiksmų seka? (pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.)	

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėsenos Mokykloje?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie taikytinas mokinio būklės stebėsenos priemones, aprašydami jų taikymo laiką, būdą.

Kokios mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Mokykloje?	
Kada jas reikia taikyti?	

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU		
Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Mokykloje metu?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę, nurodydami, kokia pagalba yra reikalinga, kada ir kaip ji turi būti suteikta.

Kokia pagalba yra reikalinga?	
-------------------------------	--

9. FIZINIS AKTYVUMAS/PLAUKIMO PAMOKA (AR LANKYMASIS BASEINE)		
Ar reikalingi kokia nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę, nurodydami reikalingus atlikti pagalbos veiksmus prieš, per ir po fizinio ugdymo pamokos.

Pagalbos veiksmai prieš fizinio ugdymo/plaukimo pamoką (ar lankymąsi baseine)	
Pagalbos veiksmai po fizinio ugdymo/plaukimo pamokos (ar lankymosi baseine)	
Pagalbos veiksmai pertraukų metu	

10. POVEIKIS MOKINIO MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI		
Ar mokinio sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio mokymuisi?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę, apibūdindami galimą mokinio sveikatos būklės poveikį mokymuisi ir reikalingą pagalbą.

Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti mokymąsi?	-
Kokia reikalinga pagalba mokinio mokymuisi?	-
Ar mokiniui gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu?	Taip ☐
	Ne ☐

Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės?	Taip ☐
	Ne ☐
Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba?	Taip ☐
	Ne ☐
Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga? (išvardinkite)	-

11. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA

Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę?	Taip ☐
	Ne ☐
Kokie Mokyklos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?	
Kokių veiksmų reikėtų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Kokia pagalba reikalinga?	
Kada reikia suteikti pagalbą?	
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS

Kokios atliekos gali susidaryti	
Atliekų laikymo tara ir vieta	
Atliekų šalinimo periodiškumas	
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai (globėjai, rūpintojai) pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	

SUTIKIMAS

Aš sutinku, kad šiame PLANE pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo Mokykloje poreikius. Aš suprantu ir sutinku, kad šiame SUSITARIME pateikta informacija bus dalijamasi su Mokyklos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme mano vaiko sveikatos ir saugos tikslais. Įsipareigoju nedelsiant informuoti Mokyklą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Aš sutinku, kad:

- ☐ Mokykla mano vaikui reikalingus vartoti Mokykloje vaistus administruotų Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka
- ☐ Mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą vaiko vartojimui šiame PLANE nurodytais laiko intervalais, dozėmis, būdais, taip pat ir teikiant pagalbą ligos paūmėjimo atvejais, kaip tai yra nurodyta šiame PLANE.
- ☐ Aš sutinku, kad mano vaikas Mokykloje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.
- ☐ Aš esu susipažinęs su Mokyklos man pateiktu Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas

Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas ir pavardė:	
Parašas:	

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Mokykla imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti mokinio tėvus (globėjus, rūpintojus), PLANO vykdytojus bei **peržiūrėti** PLANĄ, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Įsipareigoju paskirti Mokyklos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

Mokyklos vadovo arba įgalioto atstovo parašas

Vardas ir pavardė:	
Pareigos:	
Parašas:	

Aš **sutinku** padėti Mokyklai įgyvendinti šiame PLANE pateiktas asmens sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijas šiam mokiniui ir atlikti šiuos, PLANE nurodytus, veiksmus mano darbo Mokykloje grafike nustatyto darbo laiku (išvardinkite):

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje parašas

Visuomenės sveikatos specialisto vardas ir pavardė:	
Parašas:	

INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA CUKRINIŲ DIABETU, TEIKIMO MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga cukriniu diabetu, teikimo Mokykloje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Mokyklos, VS specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio cukriniu diabetu, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO DUOMENYS		
<i>mokinio nuotrauka</i>	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Mokykla:	
	Grupė/klasė:	
Mokyklos adresas:	gatvė, namo nr.	
	miestas/ rajonas	
	pašto kodas	
Gyvenamosios vietos adresas:	gatvė, namo nr.	
	miestas/ rajonas	
	pašto kodas	
PLANO sudarymo data		
PLANO peržiūros data		

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Pirmas kontaktas –		
Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:	Mama	
Telefono numeris:	Mobilus:	
	Darbo:	
Elektroninio pašto adresas:		
Antras kontaktas –		
Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	Mobilus:	
	Darbo:	
Elektroninio pašto adresas:		

Pastaba. Esant poreikiui, pateikiama informacija ir apie kitus kontaktinius asmenis.

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	

	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:</i>	
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
Direktoriaus pavaduotoja ugdymui	Vardas Pavardė	
	Kontaktinė informacija:	

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ

Diabeto tipas	
Sveikatos būklės apibūdinimas:	
Alergijos	

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

Mokykla turi būti nedelsiant informuojama apie visus šio vaiko gydymo pokyčius.

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Jūsų vaikas serga cukriniu diabetu ir gydomas.	
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje?	
Jeigu taip , koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	

5.2. GLIUKOZES TYRIMAS KRAUJYJE

Mokinys turi gliukozės kiekio kraujyje matuoklį, todėl jis gali išsitiirti gliukozės kiekį kraujyje. Tai yra svarbi savirūpos dalis. Šia įranga negali naudotis kiti mokiniai (tinkamą pažymėkite)

Svarbu.	

5.3. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui vartoti Mokykloje insuliną?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, taip pat užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie vaistų vartojimo dozę, laiką, vartojimo būdą ir naudojimo administravimą.

Insulinas suleidžiamas švirkštikliu (penu)

Insulino pavadinimas	Dozė	Suleidimo laikas	Vaisto naudojimo administravimas

Insulinas turi būti laikomas nurodykite, kokiomis sąlygomis pagal vaisto aprašą turi vaistai būti laikomi, pvz.: tamsioje vietoje, ne aukštesnėje nei 30°C laipsnių temperatūroje _____

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI CUKRINIO DIABETO PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMŲ JOMS IŠTIKUS

Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti Cukrinio diabeto paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę (-es) apie ligos paūmėjimo būklės (-ių) atpažinimo simptomus ir taikytinas neatidėliotinas pagalbos priemones joms pasireiškusioms. Kiekvienai paūmėjimo būklei apibūdinti užpildykite atskirą lentelę.

HIPOGLIKEMIJA (būklė kai gliukozės kiekis kraujyje mažiau nei mmol/l)

Kokie yra hipoglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?	
Kas išprovokuoja hipoglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite)	
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?	
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	

HIPERGLIKEMIJA (būklė kai gliukozės kiekis kraujyje daugiau nei mmol/l)

Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?	
--	--

Kas išprovokuoja hiperglikemiją jūsų vaikui?	
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? (papildykite, koreguokite jei reikia)	Jei gliukozės kiekis kraujyje viršija mmol/l., kai nėra jokių kitų simptomų: Jei vis tiek viršija mmol/l. Jei mažiau nei mmol/l:
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	

7. MOKINIO SVEIKATOS BUKLĖS STEBĖSENA		
Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Mokykloje?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę kiekvienai taikytinai mokinio būklės stebėsenos priemonei atskirai, aprašydami taikymo laiką, būdą.

Kokios mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Mokykloje?	
Kada jas reikia taikyti?	
Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)?	

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU		
Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Mokykloje metu?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę, nurodydami, kokia pagalba yra reikalinga, kada ir kaip ji turi būti suteikta.

Kokia pagalba yra reikalinga?	
Kada ir kaip ji turi būti teikiama?	

--	--

9. FIZINIS AKTYVUMAS

Ar reikalingi kokie nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu?	Taip	☐
	Ne	☐
Jeigu taip išvardinkite:		

10. POVEIKIS MOKINIO MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI

Ar mokinio sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio mokymuisi?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę, apibūdindami galimą mokinio sveikatos būklės poveikį mokymuisi ir reikalingą pagalbą.

Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti mokymąsi? (išvardinkite)	
Ar mokiniui gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu?	Taip ☐ Ne ☐
Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės?	Taip ☐ Ne ☐
Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba?	Taip ☐ Ne ☐
Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga?	

11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Kokia pagalba (gali būti) reikalinga?	
Kada reikia suteikti pagalbą?	
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

12. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS

Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai

Kokie mokymai yra reikalingi?	
Kas turi būti apmokyti?	

Mokymuose dalyvavusių asmenų vardas ir pavardė	Mokymų data:	Parašas:

13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRUPĄ, SALINIMAS

Kokios atliekos gali susidaryti	
Atliekų laikymo tara ir vieta	
Atliekų šalinimo periodiškumas	
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	

SUTIKIMAS

Aš sutinku, kad šiame PLANE pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo Mokykloje poreikius. Aš suprantu ir sutinku, kad šiame SUSITARIME pateikta informacija bus dalijamasi su Mokyklos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme mano vaiko sveikatos ir saugos tikslais. Įsipareigoju nedelsiant informuoti Mokyklą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Aš sutinku, kad:

☐ Mokykla mano vaikui reikalingus vartoti Mokykloje vaistus administruotų Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka

☐ Mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą vaiko vartojimui šiame PLANE nurodytais laiko intervalais, dozėmis, būdais, taip pat ir teikiant pagalbą ligos paūmėjimo atvejais, kaip tai yra nurodyta šiame PLANE.

☐ Aš sutinku, kad mano vaikas Mokykloje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.

☐ Aš esu susipažinęs su Mokyklos man pateiktu Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarančių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu.

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas

Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas ir pavardė:	
Parašas:	

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Mokykla imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti mokinio tėvus (globėjus, rūpintojus), PLANO vykdytojus bei **peržiūrėti** PLANĄ, jei

įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Įsipareigoju paskirti Mokyklos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

Mokyklos vadovo arba įgalioto atstovo parašas	
Vardas ir pavardė:	
Pareigos:	
Parašas:	

Aš **sutinku** padėti Mokyklai įgyvendinti šiame PLANE pateiktas asmens sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijas šiam mokiniui ir atlikti šiuos, PLANE nurodytus, veiksmus mano darbo Mokykloje grafike nustatytu darbo laiku (išvardinkite):

- 1.
- 2.
3.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje parašas	
Visuomenės sveikatos specialisto vardas ir pavardė:	
Parašas:	

(vardas ir pavardė didžiosiomis raidėmis)

Tel. _____

Šiaulių Salduvės progimnazija
Direktoriui

**SUTIKIMAS/ATSISAKYMAS
DĖL SŪNAUS/DUKTERS INDIVIDUALAUS LĖTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ
SAVIRŪPOS PLANO SUDARYMO**

202 m. _____ d.

Sutinku/atsisakau, kad mano sūnui/duktrei _____

Šiaulių Salduvės progimnazijos _____ klasės mokiniui (-ei), būtų sudarytas individualus lėtinių neinfekcinių ligų savirūpos planas.

(parašas)

(vardas ir pavardė)