

**KUPIŠKIO LAURYNOS STUOKOS-GUCEVIČIAUS GIMNAZIJOS PAGALBOS
MOKINIO SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS UŽTIKRINIMO
JEIGU MOKINYS SERGA LĒTINE NEINFEKCINE LIGA, TVARKOS APRAŠAS**

**I SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Kupiškio Lauryno Stuokos-Gucevičiaus gimnazijos (toliau – Gimnazija) pagalba mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo, jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) parengtas vadovaujantis Visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo mokykloje tvarkos aprašu, patvirtintu 2005 m. gruodžio 30 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymu Nr. V-1035/ISAK-2680 (nauja redakcija nuo 2016-09-01: Nr. V-966/V-672, 2016-07-21), Lietuvos higienos normą HN 21:2017 „Mokykla, vykdanči bendrojo ugdymo programas. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“, patvirtinta 2011 m. rugpjūčio 10 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-773.

2. Mokinio savirūpa suprantama kaip mokinio, sergančio lėtine liga, ugdomas (is) gebėjimas saugoti sveikatą, prisitaikyti prie aplinkos sąlygų, apsaugoti nuo ligos komplikacijų, sveikatos būklės pablogėjimo atpažinimas ir gebėjimas pačiam vykdyti gydytojo paskirtą gydymą savarankiškai, su šeimos ar specialistų pagalba.

3. Mokiniais, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, mokinio savirūpai reikalingą pagalbą ugdymo įstaigoje organizuoja Gimnazija.

4. Aprašas reglamentuoja pagalbą mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarką.

**II SKYRIUS
PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS
UŽTIKRINIMO, JEI MOKINYS SERGA LĒTINE NEINFEKCINE LIGA,
ORGANIZAVIMAS**

5. Mokinio savirūpos įgyvendinimo procese dalyvauja mokinys, jo tėvai (globėjai, rūpintojai), visuomenės sveikatos specialistas, mokyklos vadovas ar jo įgaliotas atstovas, mokinį ugduontys mokytojai ir kiti švietimo pagalbos specialistai.

6. Pagalba mokinio savirūpai organizuojama atsižvelgiant į mokinio poreikius ir gydytojų rekomendacijas pagal mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų) prašymą.

7. Tėvai (globėjai, rūpintojai) kartu su Gimnazija užpildo „Pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga lėtine neinfekcine liga, teikimo Gimnazijoje planą“ (toliau – Planas). Priedai Nr.1., Nr.2, Nr.3.

8. Planas gali būti pildomas pasitelkiant vaiką gydantį gydytoją.

9. Gimnazijos direktorius paskiria asmenis, atsakingus už Plano arba atskirų Plano dalių vykdymą.

III SKYRIUS

MOKINIŲ, SERGANČIŲ LĒTINĖMIS NEINFEKČINĖMIS LIGOMIS, MOKYKLOJE VARTOJAMŲ VAISTŲ ADMINISTRAVIMAS (LAIKYMAS, IŠDAVIMAS, NAUDOJIMAS IR KT.)

10. Mokiniui reikalingi vartoti Gimnazijoje vaistai turi būti laikomi visuomenės sveikatos specialisto kabinete ar kitoje rakinamoje patalpoje vaistų aprašymuose nurodytomis vaistų laikymo sąlygomis, užtikrinant, kad prie vaistų turėtų priėjimą tik vaistus mokiniui išduodantis asmuo.

11. Mokykloje mokiniui išduodami vartoti tik Plane nurodyti vaistai, Plane nurodytomis vaistų vartojimo dozėmis, laiku, vartojimo būdu.

12. Tėvai (globėjai, rūpintojai) Gimnazijai vaistus turi pateikti originalioje pakuotėje su informaciniu lapeliu. Ant pakuotės turi būti užrašytas mokinio, kuriam skirti vaistai, vardas ir pavardė. Bet koku atveju pirma vaistų dozė turėtų būti suvartota mokiniui esant namie.

13. Vaistus mokiniui gali paduoti direktoriaus paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą mokiniui.

14. Siekiant išvengti vaisto vartojimo klaidų, kiekvieną kartą mokiniui duodant vaistą patikrinti:

14.1. ar vaistas yra tas, kuris nurodytas Plane;

14.2. ar nepasibaigęs vaisto galiojimas. Pasibaigus vaisto galiojimui vaistą duoti mokiniui draudžiama; pasibaigusio galiojimo vaistai gražinami mokinio tėvams (globėjams, rūpintojams);

14.3. ar vaistas yra skirtas tam mokiniui;

14.4. ar teisinga vaisto dozė;

14.5. ar teisingas vaisto vartojimo laikas;

14.6. ar teisingas vaisto vartojimo būdas.

15. Mokinys vaistą turi suvartoti tik stebint direktoriaus paskirtam asmeniui, atsakingam už vaistų išdavimą mokiniui.

16. Direktoriaus paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą, privalo užregistruoti kiekvieną vaistų išdavimo konkrečiam vaikui atvejį Vaistų išdavimo mokiniams registracijos žurnale, nurodant mokinio duomenis (vardas, pavardė, gimimo metai), datą, vaistų pavadinimą, dozę, vaistų išdavimo laiką, vartojimo būdą, vaistus davusio asmens vardą ir pavardę, pareigas, parašą.

IV SKYRIUS

BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

17. Už Plano atskirose dalyse pateiktos informacijos teisingumą atsako mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) ir Gimnazija pagal tai, kokias Plano dalis jie pildė.

18. Už Plano ar atskirų Plano dalių vykdymą atsako direktoriaus paskirti asmenys.

19. Plano ir Aprašo vykdymo kontrolę vykdo Gimnazijos vadovas.

20. Šis Aprašas skelbiamas Gimnazijos internetinėje svetainėje www.kupiskiogimnazija.lt.

Kupiškio Lauryno Stuokos-Gucevičiaus gimnazijos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo

1 priedas

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

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga cukriniu diabetu, teikimo Gimnazijoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Gimnazijos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Gimnazijoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio cukriniu diabetu, savirūpai Gimnazijoje 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: | <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. SEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
|---|-----------------|--|
| Pirmas kontaktas – Vardas ir pavardė: | | |
| Giminystės ryšys: | | |
| Telefono numeris: | <i>Mobilus:</i> | |
| | <i>Darbo:</i> | |
| Elektroninio pašto adresas: | | |
| Antras kontaktas – Vardas ir pavardė: | | |
| Giminystės ryšys: | | |
| Telefono numeris: | <i>Mobilus:</i> | |
| | <i>Darbo:</i> | |
| Elektroninio pašto adresas: | | |

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

| 3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ GIMNAZIJOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
|---|--------------------------------|--|
| Gimnazijos visuomenės sveikatos specialistas: | <i>Vardas ir pavardė:</i> | |
| | <i>Kontaktinė informacija:</i> | <i>Telefono numeris:</i> <i>Elektroninio pašto adresas:</i> |

| | | |
|-----------------------|-----------------------------------|--|
| | <i>Darbo grafikas:</i> | |
| | <i>Sveikatos kabineto vieta :</i> | |
| Klasės auklėtojas: | <i>Vardas ir pavardė:</i> | |
| | <i>Kontaktinė informacija:</i> | <i>Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:</i> |
| | <i>Darbo grafikas:</i> | |
| Kiti svarbūs asmenys: | ... | ... |
| ... | ... | ... |

4. PAGRINDINE INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ

| | |
|---|---|
| Diabeto tipas (pažymėkite) | <input type="checkbox"/> I tipas <input type="checkbox"/> II tipas |
| Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:</i> | <i>Išvardinkite Jūsų vaikui būdingus simptomus, pvz.: didelis nuovargis, negalėjimas susikaupti, bendras silpnumas, pykinimas, mirgėjimas akyse, mieguistumas ir pan.</i> |
| Alergijos (išvardinkite): | <i>Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.:</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> pieno produktams <input type="checkbox"/> kiaušiniui <input type="checkbox"/> lateksui <input type="checkbox"/> kita: |

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

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

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

| | |
|--|--|
| Jūsų vaikas serga cukriniu diabetu ir gydomas (tinkamą (-us) variantą (-us) pažymėkite): | <input type="checkbox"/> Insulino injekcijomis kiekvieno valgymo metu <input type="checkbox"/> Insulino injekcijomis – pompa <input type="checkbox"/> Keliomis insulino injekcijomis per dieną (injekcijos mokykloje nereikalingos) <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite): |
| Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Gimnazijoje? | <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne |

| | |
|--|---|
| Jeigu taip , koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? | <input type="checkbox"/> hipoglikemija. <input type="checkbox"/> injekcijos vietoje gali atsirasti tokios reakcijos kaip skausmas, paraudimas, dilgėlinė, tinimas ir niežėjimas. <input type="checkbox"/> Alerginės reakcijos: dilgėlinė, liežuvio ir lūpų tinimas, viduriavimas, pykinimas, nuovargis. <input type="checkbox"/> Kita (įrašykite) ----- <hr/> |
|--|---|

5.2. GLIUKOZĖS TYRIMAS KRAUJYJE

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

- Gliukozės kiekio kraujyje tyrimą turi atlikti tik apmokytas suaugęs asmuo;
 Mokinys savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (reikia tik stebėti)
 Mokinys savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (stebėti nereikia)

Svarbu.

Įvardinkite, kas yra svarbu matuojant gliukozės kiekį kraujyje ir kt., pvz.:

- Gliukozės kiekio kraujyje tyrimas turėtų būti atliktas saugioje, švarioje, privačioje aplinkoje (pvz.: klasėje, sveikatos kabinete.).
 Patalpoje turi būti priemonės rankų plovimui, prieš kiekvieną tyrimą būtina nusiplauti rankas.
 Gliukozės kiekis kraujyje turi būti nuo 5-8 mmol / l nevalgius iki 5-10 mmol / l po valgio.
 Gliukozės kraujyje matavimo priemonės turėtų būti aiškiai paženklintos vaiko vardu ir laikomos vadovaujantis Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka.
 Kita _____

5.3. VAISTŲ VARTOJIMAS GIMNAZIJOJE

| | | |
|--|--|--------------------------|
| Ar reikalinga mokiniui vartoti Gimnazijoje insuliną? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |
| | <i>Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</i> | |

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

- Insulinas suleidžiamas švirkštikliu (penu)
 Insulinas suleidžiamas pompa

| Insulino pavadinimas | Dozė | Suleidimo laikas | Vaisto naudojimo administravimas |
|----------------------|------|------------------|----------------------------------|
|----------------------|------|------------------|----------------------------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p><i>Išsamiai aprašykite kaip administruojamas vaisto naudojimas:</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Insulinas turėtų būti aiškiai paženklintas vaiko vardu ir laikomas vadovaujantis Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Insuliną vaikui leidžia tėtis/mama ARBA Insuliną susileidžia pats vaikas, reikalinga jį išduoti vaikui kiekvieną darbo dieną ____ val.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Kita _____</i></p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> |
|--|--|--|--|

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 VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS

Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu 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 pasireiškus. 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)

- trauma, skausmas
- infekcinė liga, ypač su aukšta temperatūra
- vėmimas
- praleisti valgymai
- užsitęsęs fizinis krūvis
- didelis emocinis stresas
- kita (išvardinkite):

| | |
|---------------------------------------|--|
| Kokių pagalbos veikslių reikia imtis? | <p>Lengva/vidutinė hipoglikemija Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>mokinys pagalbą gali suteikti sau pats,</i> <input type="checkbox"/> <i>reikalinga priežiūra, nedidelė pagalba:</i> <p>1 Žingsnis. Nedelsiant duoti greitai veikiančios gliukozės ir ilgai veikiančių angliavandenių; 2 Žingsnis. Po 15 min. kartoti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą; 3 Žingsnis. Jei gliukozės kiekis kraujyje išlieka mažesnis nei 5,6mmol/l—kartoti 1 Žingsnį. Jei gliukozės kiekis virš 5,6mmol/l – daryti 4 Žingsnį. 4 Žingsnis. <i>Kai kuriems vaikams reikalingas papildomas pavalgymas.</i></p> <p>Sunki hipoglikemija Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:</p> <p>1 Žingsnis. Vaiką paguldyti į saugią padėtį (ant šono), kad liežuvis neužblokuotų kvėpavimo takų. 2 Žingsnis. Skubiai kviečiame GMP (skambinama telefonu 112) – pranešama, kad mokinys prarado sąmonę ir serga CD. Nepalikite mokinio vieno. 3 Žingsnis. Susisiekite su mokinio tėvais.</p> |
| Kokia tolimesnių veikslių seka? | pvz.: <i>tyrimai, poilsis ir pan.</i> |

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

| | |
|--|---|
| Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui? | |
| Kas išprovokuoja hiperglikemiją jūsų vaikui? (<i>pažymėkite</i>) | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> insulino deficitas, dėl neadekvačios insulino terapijos (nesusileidus insulino 12–24 valandas, taip pat tada, kai staiga padidėja insulino poreikis. <input type="checkbox"/> insulino deficitas, dėl insulino pompos gedimo (kateterio mechaninio suspaudimo, atsijungimo, nepastebėto adatos iškritimo); <input type="checkbox"/> ūminės infekcijos, padidinančios insulino poreikį (pneumonija, šlapimo takų infekcija, gastroenteritas ir kitos); <input type="checkbox"/> ūmios sunkios kitų organų ligos, traumos <input type="checkbox"/> vaistai <input type="checkbox"/> Kita (<i>išvardinkite</i>): _____ _____ _____ |

| | |
|--|--|
| <p>Kokių pagalbos veiksų reikia imtis? (papildykite, koreguokite jei reikia)</p> | <p>Jei gliukozės kiekis kraujyje viršija mmol/l., kai nėra jokių kitų simptomų:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Duoti gerti daug skysčių. Geriausia tinka negazuotas mineralinis vanduo (galima gerti ir silpnai gazuotą vandenį). <input type="checkbox"/> Leiskite mokiniui laisvai išeiti į tualetą. <input type="checkbox"/> Ribokite mokiniui fizinę krūvį. <input type="checkbox"/> Kita _____ <hr/> <p>Jei vis tiek viršijammol/l.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kreiptis į tėvus, mokiniui gali prireikti ypač greito veikimo insulino. <p>Jei mažiau nei mmol/l:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kartoti gliukozės kraujyje tyrimą prieš kitą valgį. <input type="checkbox"/> Radus padidėjusį gliukozės kiekį kraujyje, kai vaikas pradeda vėmti, giliai alsuoti, pasidaro vangus, netenka sąmonės būtina: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nedelsiant kviesti GMP. ○ Vykdyti GMP nurodymus ○ Informuoti tėvus/ globėjus. ○ ... |
| <p>Kokia tolimesnių veiksų seka?</p> | <p><i>pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.</i></p> |

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

| | | |
|---|------|--------------------------|
| Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Gimnazijoje? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|--|--|
| <p>Kokios mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Gimnazijoje?</p> | <p><i>pvz.: Gliukozės kiekio kraujyje kontrolė</i></p> |
| <p>Kada jas reikia taikyti?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Prieš valgį; <input type="checkbox"/> Prieš kūno kultūros pamokas; <input type="checkbox"/> Kai vaikas jaučiasi blogai; |
| <p>Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gliukomatis, adatėlės, <input type="checkbox"/> kita (įrašykite): |

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ GIMNAZIJOJE METU

| | | |
|--|------|--------------------------|
| Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Gimnazijoje metu? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|-------------------------------------|---|
| Kokia pagalba yra reikalinga? | <i>pvz.: pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas</i> |
| Kada ir kaip ji turi būti teikiama? | <i>pvz.: tiekti vaikui valgyti gydytojo rekomendacijose nurodytu periodiškumu (pridedama)</i> |

9. FIZINIS AKTYVUMAS

| | | |
|--|--|--------------------------|
| Ar reikalingi kokie nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |
| Jeigu taip išvardinkite: | <p><input type="checkbox"/> prieš fizinio ugdymo pamokas vaikas turi pasimatuoti gliukozės kiekį kraujyje. Priminkite vaikui tai padaryti prieš kiekvieną fizinio ugdymo pamoką.</p> <p><input type="checkbox"/> Pasiteiraukite vaiko, kokį cukraus kiekį kraujyje rodo gliukomatis:</p> <p><input type="checkbox"/> jei šis rodiklis mažesnis nei mmol/l, būtina prieš fizinio ugdymo pamoką užkąsti iš namų atsineštą užkandį</p> <p><input type="checkbox"/> jei gliukozės koncentracija didesnė nei mmol/l, mankštintis draudžiama</p> | |

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

| | | |
|--|------|--------------------------|
| Ar mokinio sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio mokymuisi? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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

| | | |
|---|---|--------------------------|
| Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti mokymąsi? (išvardinkite) | <i>pvz.: negali susikaupti, dėmesio stoka, mieguistumas ir pan.</i> | |
| Ar mokiniui gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |
| Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga? | <i>nurodykite</i> | |

| 11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ GIMNAZIJOS RIBŲ | |
|--|---|
| Kokia pagalba (gali būti) reikalinga? | <input type="checkbox"/> <i>Prižiūrėti, ką vaikas valgo, geria.</i> <input type="checkbox"/> <i>Sekti gliukozės kiekį kraujyje prieš valgi</i> <input type="checkbox"/> <i>Organizuoti išvyką taip, kad būtų užtikrintas reguliarus savalaikis maitinimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita</i> <hr/> |
| Kada reikia suteikti pagalbą? | <input type="checkbox"/> <i>kai pasireiškia hipoglikemija/ hiperglikemija,</i> <input type="checkbox"/> <i>vaikas jaučiasi blogai, arba prašo pagalbos.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita</i> <hr/> |
| Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)? | |
| Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu? | |

| 12. GIMNAZIJOS PERSONALO MOKYMAS | | |
|--|--------------|----------|
| <i>Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvaujantys darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokiniui, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai</i> | | |
| Kokie mokymai yra reikalingi? | | |
| Kas turi būti apmokyti? | | |
| Mokymuose dalyvavusių asmenų vardas ir pavardė | Mokymų data: | Parašas: |
| | | |
| | | |

| 13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS | |
|---|--|
| Kokios atliekos gali susidaryti | <input type="checkbox"/> <i>panaudoti švirškštai</i> <input type="checkbox"/> <i>juostelės</i> <input type="checkbox"/> <i>vaistų pakuotės</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita</i> <i>(įrašykite)</i> <hr/> |
| Atliekų laikymo tara ir vieta | <input type="checkbox"/> <i>Specialus konteineris ar sandariai uždaroma plastikinė dėžutė ar kita tara laikomi Sveikatos kabinete.</i> <input type="checkbox"/> <i>Atliekų laikymo tara Gimnaziją aprūpina tėvai (globėjai, rūpintojai)</i> <input type="checkbox"/> <i>Atliekų laikymo tara Gimnazija apsirūpina pati.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita</i> <hr/> |
| Atliekų šalinimo periodiškumas | pvz.: kartą per savaitę. |
| Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Gimnazijos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti | pvz.: |

SUTIKIMAS

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

Aš sutinku, kad:

- Gimnazija mano vaikui reikalingus vartoti vaistus Gimnazija administruotų pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka.
- Gimnazija 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 Gimnazijoje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.
- Aš esu susipažinęs su Gimnazijos man pateiktu Gimnazijos 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 Gimnazijos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Gimnazija 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 Gimnazijos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

Gimnazijos direktoriaus arba įgalioto atstovo parašas

| | |
|--------------------|--|
| Vardas ir pavardė: | |
| Pareigos: | |
| Parašas: | |

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

- 1.
- 2.
- 3.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Gimnazijoje parašas

| | |
|---|--|
| Visuomenės sveikatos specialisto vardas ir pavardė: | |
| Parašas: | |

2 PRIEDAS

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

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga bronchų astma, teikimo Gimnazijoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Gimnazijos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Gimnazijoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio bronchų astma, savirūpai Gimnazijoje 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: | <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: | | |
| Telefono numeris: | <i>Mobilus:</i> | |
| | <i>Darbo:</i> | |
| Elektroninio pašto adresas: | | |

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

| 3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ GIMNAZIJOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
|--|--------------------------------|--|
| Gimnazijos visuomenės sveikatos specialistas: | <i>Vardas ir pavardė:</i> | |
| | <i>Kontaktinė informacija:</i> | <i>Telefono numeris:</i> <i>Elektroninio pašto adresas:</i> |
| | <i>Darbo grafikas:</i> | |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| | | |
| | <i>Sveikatos kabineto vieta Gimnazijoje:</i> | <i>pvz.:</i> |
| Klasės auklėtojas (-ai): | <i>Vardas ir pavardė:</i> | |
| | <i>Kontaktinė informacija</i> | <i>Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:</i> |
| | <i>Darbo grafikas</i> | |
| Kiti svarbūs asmenys: | ... | ... |
| ... | ... | |

| 4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ | | | |
|---|--|--|--|
| Kokia jūsų vaikui nustatytos bronchų astmos kilmė? | <input type="checkbox"/> Alerginė <input type="checkbox"/> Nealerginė | | |
| Kokio pobūdžio bronchų astmos simptomai būdingi jūsų vaikui? | <input type="checkbox"/> Priepuoliniai | | <input type="checkbox"/> Pastovūs |
| | <input type="checkbox"/> Sezoniniai | <input type="checkbox"/> Visus metus | <input type="checkbox"/> Cikliniai |
| Kokio sunkumo bronchų astma nustatyta jūsų vaikui? | <input type="checkbox"/> intermituojanti (protarpinė) | <input type="checkbox"/> lengva persistuojanti | <input type="checkbox"/> vidutinio sunkumo persistuojanti <input type="checkbox"/> sunki persistuojanti |
| Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:</i> | <i>pvz.: šiuo metu jaučiasi gerai, simptomai išryškėja tik paūmėjimų metu.</i> | | |
| Alergijos: | <i>Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.:</i> 3 <i>pieno produktams</i> 4 <i>kiaušiniui</i> 5 <i>lateksui</i> 6 <i>kita:</i> | | |

| 5. VAISTŲ VARTOJIMAS | | |
|--|------|--------------------------|
| 5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UZ MOKYKLOS RIBŲ | | |
| Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Mokyklos ribų? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |
| Jeigu taip , ar gali pasireikšti vaistų | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--|
| Šalutinis vaistų poveikis Mokykloje mokymosi proceso metu? | <p>Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</p> <input type="checkbox"/> <i>Jaučiamas širdies plakimas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Drebulys.</i> <input type="checkbox"/> <i>Silpnas gerklės skausmas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Kosulys</i> <input type="checkbox"/> <i>Užkimimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Galvos skausmas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Galvos svaigimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Nenustygimas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Nervingumas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Sujaudinimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita _____</i> |
|--|--|

| 5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE | | |
|---|--|--------------------------|
| Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |
| | <p>Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</p> <input type="checkbox"/> <i>Alerginės reakcijos.....</i> <input type="checkbox"/> <i>Jaučiamas širdies plakimas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Drebulys.</i> <input type="checkbox"/> <i>Silpnas gerklės skausmas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Kosulys</i> <input type="checkbox"/> <i>Užkimimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Galvos skausmas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Galvos svaigimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Nenustygimas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Nervingumas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Sujaudinimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita _____</i> | |

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 |
|--------------------|------|-----------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Svarbu. Vaistai turėtų būti aiškiai paženklinėti jūsų 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.

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

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 | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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 bronchų astmos paūmėjimo simptomai dažniausiai būdingi jūsų vaikui? | <input type="checkbox"/> švokštimas (švilpimas), <input type="checkbox"/> dusulys, <input type="checkbox"/> kosulys (sausas ar produktyvus), <input type="checkbox"/> sunkumo (veržimo) jautimas krūtinėje <input type="checkbox"/> kita (<i>išvardinkite</i>) | |
| Kas išprovokuoja jūsų vaiko bronchų astmos paūmėjimą? | <input type="checkbox"/> Namų dulkių erkių alergenai <input type="checkbox"/> Tarakonų alergenai <input type="checkbox"/> Patalpų teršalai <input type="checkbox"/> Žiedadulkės <input type="checkbox"/> Sportas/ fizinė veikla <input type="checkbox"/> Peršalimas/ gripas <input type="checkbox"/> Kita (<i>išvardinkite</i>): | Gyvūnų alergenai Patalpų pelėsiai Vaistai Stresas Oro sąlygos Oro tarša (tabako dūmai) |
| Ar jūsų vaikas pasako kai jam reikalingi medikamentai? | <input type="checkbox"/> Taip Ne | |
| Ar jūsų vaikui reikalinga pagalba vartojant (įkvepiant) vaistus? | <input type="checkbox"/> Taip Ne | |
| Kokių pagalbos veikslių reikia imtis? | <p><i>Jei BA paūmėjimas lengvas (dusulys vaikstant, kalba nesutrikusi, gali būti susijaudinęs, kvėpavimas padažnėjęs, vidutinio garsumo švilpimas tik iškvėpimo pabaigoje) pagalbą gali suteikti sau pats mokinytis, esant poreikiui kitas suaugęs asmuo gali padėti sergančiajam surasti ir padėti įkvėpti gydytojo paskirtų vaistų.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Padėti įkvėpti (Fenoterolio arba salbutamolio (ventolino) iki 3 kartų per pirmąją valandą). • Patogiai pasodinti. • Informuoti tėvus/ globėjus. • Nepalikti vieno. • Jei būklė blogėja kviešti GMP ir informuoti tėvus / globėjus. <p><i>Jei BA paūmėjimas vidutiniškai sunkus, sunkus arba labai sunkus (dusulys kalbant; nori sėdėti; kalba trumpomis frazėmis, nes kalbėti darosi sunku; susijaudinęs; kvėpavimas padažnėjęs; dažnai būna pagalbinių raumenų ir viršraktikaulinių duobių įsitraukinėjimas; garsus švilpimas; pats prašo iškviešti medikus;) – būtina:</i></p> | |

| | |
|--------------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> <i>Padėti (duoti) įkvėpti gydytojo paskirtų vaistų (Fenoterolio arba salbutamolio (ventolino) iki 3 kartų per pirmąją valandą)</i> <input type="checkbox"/> <i>Patogiai pasodinti</i> <input type="checkbox"/> <i>Kviesti GMP</i> <input type="checkbox"/> <i>Nepalikti vaiko vieno.</i> <input type="checkbox"/> <i>Pranešti vaiko tėvams / globėjams.</i> |
| Kokia tolimesnių veiksmų seka? | <input type="checkbox"/> <i>Skambinti tėvams, kad pasiimtų vaiką iš Mokyklos.</i> <input type="checkbox"/> <i>Vaikas išleidžiamas su tėvais.</i> |

7. MOKINIO SVEIKATOS BUKLĖS STEBĖSENA

| | | |
|---|------|--------------------------|
| Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Gimnazijoje? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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 Gimnazijoje? | <input type="checkbox"/> <i>Paklausti vaiko kaip jaučiasi.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____ _____ |
| Kada jas reikia taikyti? | <input type="checkbox"/> <i>Prieš ir po fizinio ugdymo pamokos, stresinėje situacijoje, pamačius, kad vaiko elgesys ne toks kaip visada.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____ _____ |

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU

| | | |
|--|------|--------------------------|
| Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Mokykloje metu? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|-------------------------------|--|
| Kokia pagalba yra reikalinga? | <input type="checkbox"/> <i>pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas;</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____ _____ |
|-------------------------------|--|

9. FIZINIS AKTYVUMAS

| | | |
|--|------|--------------------------|
| Ar reikalingi kokia nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|---|--|
| Pagalbos veiksmai prieš fizinio ugdymo pamoką | <input type="checkbox"/> <i>padėti vaikui susirasti ir įkvėpti gydytojo paskirtų trumpo greito veikimo vaistų (salbutamolio), kuriuos vaikas turi su savimi Mokykloje.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ _____ |
| Pagalbos veiksmai fizinio ugdymo pamokos metu | |
| Pagalbos veiksmai pertraukos metu | <input type="checkbox"/> <i>pavasarij, kai žydi augalai, neleisti per pertraukas bėgioti lauke.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ _____ |

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

| | | |
|--|------|--------------------------|
| Ar mokinio sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio mokymuisi? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|---|---|
| Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti mokymąsi? (Aprašykite) | <input type="checkbox"/> <i>negali susikaupti,</i> <input type="checkbox"/> <i>bendras silpnumas,</i> <input type="checkbox"/> <i>mieguistumas,</i> <input type="checkbox"/> <i>kosulys,</i> <input type="checkbox"/> <i>galvos skausmas</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ _____ |
| Kokia reikalinga pagalba mokinio mokymuisi? | <input type="checkbox"/> <i>atidėti namų darbų atlikimo terminai;</i> <input type="checkbox"/> <i>suteikti daugiau laiko užduotims atlikti;</i> <input type="checkbox"/> <i>pritaikytos mokymosi formos ir būdai (įvardinti, kokie);</i> <input type="checkbox"/> <i>reguliarūs susitikimai kas mėnesį su mokytojais siekiant aptarti mokymosi pažangą.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ |
| Ar mokiniui gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu? | Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|-------------------------------|
| Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės? | Taip <input type="checkbox"/> |
| | Ne <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba? | Taip <input type="checkbox"/> |
| | Ne <input type="checkbox"/> |
| Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga? | |

| 11. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA | |
|---|--|
| Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę? | Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> |
| Kokie Mokyklos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei? | <input type="checkbox"/> <i>patalynė, kurioje gali būti dulkių erkių alergenų</i> <input type="checkbox"/> <i>mokykloje naudojami higienos reikmenys</i> <input type="checkbox"/> <i>oro tarša: pvz.: patalpose vykdomas remontas, naudojami aerozoliai.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> <hr/> <hr/> |
| Kokių veiksnių reikėtų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei? | <input type="checkbox"/> <i>naudoti vaiko miegui patalynę, kuri nebūtų pagaminta iš paukščių pūkų; pagalves, antklodes ir čiužinius sandariai apvilkti erkėms nepralaidžiais užvalkalais...</i> <input type="checkbox"/> <i>pirkti Mokinių naudojimui higienos priemonės (tualetinį popierių, prausiklį ...) be kvėpiklių, dažiklių ...</i> <input type="checkbox"/> <i>vėdinti patalpas, remontuoti patalpas vaikų atostogų metu.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita(įrašykite)</i> <hr/> |

| 12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ | |
|--|---|
| Kokia pagalba (gali būti) reikalinga? | <input type="checkbox"/> <i>Gali reikti padėti įkvėpti vaistus.</i> <input type="checkbox"/> <i>Prieš kelionę patikrinti ar vaikas su savimi turi būtinais pagalbai reikalingus vaistus.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita(įrašykite)</i> <hr/> |
| Kada reikia suteikti pagalbą? | <input type="checkbox"/> <i>Išryškėjus paūmėjimo simptomams.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita(įrašykite)</i> <hr/> <hr/> |
| Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)? | |
| Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu? | |

| 13. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS |
|---|
| <i>Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai</i> |

| | | |
|--|--------------|----------|
| Kokie mokymai yra reikalingi? | | |
| Kas turi būti apmokytas? | | |
| Mokymuose dalyvavusių asmenų vardas ir pavardė | Mokymų data: | Parašas: |
| | | |
| | | |
| | | |

| 13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPA, ŠALINIMAS | |
|---|---|
| Kokios atliekos gali susidaryti | <input type="checkbox"/> <i>panaudoti švirkštai</i> <input type="checkbox"/> <i>juostelės</i> <input type="checkbox"/> <i>vaistų pakuotės</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita</i> <i>(įrašykite)</i> _____ _____ |
| Atliekų laikymo tara ir vieta | <input type="checkbox"/> <i>Specialus konteineris ar sandariai uždaroma plastikinė dėžutė ar kita tara laikomi Sveikatos kabinete;</i> <input type="checkbox"/> <i>Atliekų laikymo tara Mokyklą aprūpina tėvai (globėjai, rūpintojai);</i> <input type="checkbox"/> <i>Atliekų laikymo tara Mokykla aprūpina pati.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita</i> <i>(įrašykite)</i> _____ _____ |
| Atliekų šalinimo periodiškumas | <i>pvz.: kartą per savaitę.</i> |
| Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti | <i>pvz.: Kiekvienas penktadienis, 12 val.</i> |

SUTIKIMAS

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

Aš sutinku, kad:

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

Gimnazija 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 Gimnazijoje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.

Aš esu susipažinęs su Gimnazijos man pateiktu Gimnazijos 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 Gimnazijos vardu **sutinku** su šiuo PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Gimnazija 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 Gimnazijos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

| Gimnazijos vadovo arba įgalioto atstovo parašas | |
|--|--|
| Vardas ir pavardė: | |
| Pareigos: | |
| Parašas: | |

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

- 1.
- 2.
3.

| Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Gimnazijoje parašas | |
|---|--|
| Visuomenės sveikatos specialisto vardas ir pavardė: | |
| Parašas: | |

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jeigu pridedama):

- 1.

