

PATVIRTINTA

Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio
gimnazijos direktoriaus 2025 m. sausio 15 d.
įsakymu Nr. V-1-12

**VILKAVIŠKIO R. KYBARTŲ KRISTIJONO DONELAIČIO GIMNAZIJOS
PAGALBOS MOKINIUI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS UŽTIKRINIMO
(PVZ., VAISTŲ LAIKYMO, IŠDAVIMO, NAUDOJIMO IR KT.), JEIGU MOKINYS
SERGA LĒTINE NEINFĒKCINE LIGA, TVARKOS APRAŠAS**

**I SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio gimnazijos (toliau – Gimnazija) ir jos „Rasos“ skyriaus (toliau – Skyrius) pagalbos mokiniui pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (pvz., vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) parengtas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. V-1035/ISAK-2680 „Dėl Sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2016 m. liepos 21 d. įsakymo Nr. V-966/V-672 redakcija), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V-773 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 21:2011 „Mokykla, vykdanči bendrojo ugdymo programas. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“, Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2003 m. gegužės 14 d. nutarimu Nr. 590 „Dėl profesijų, darbų ir veiklos sričių darbuotojų bei transporto priemonių vairuotojų, buvusių kartu su nukentėjusiais ar ligoniais nelaimingų atsitikimų ar ūmaus gyvybei pavojingo susirgimo vietose ir privalančių suteikti jiems pirmąją pagalbą, sąrašo patvirtinimo, taip pat įstatymų nustatytų kitų asmenų kompetencijos šiais klausimais nustatymo“.

2. Mokinio savirūpa suprantama kaip mokinio, sergančio lėtine liga, ugdomas (is) 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 specialistų pagalba.

3. Mokiniais, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, mokinio savirūpai reikalingą pagalbą ugdymo įstaigoje organizuoja Gimnazija / Skyrius ir visuomenės sveikatos specialistas.

4. Aprašas reglamentuoja pagalbos 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 NEINFĒKCINE LIGA,
ORGANIZAVIMAS**

5. Gydytojų rekomendacijos dėl pagalbos mokiniui, sergančiam lėtine neinfekcine liga, turi būti įrašytos Gimnazijai / Skyriui pateiktame vaiko sveikatos pažymėjime (forma Nr. 027-1/a), išduotame ne anksčiau kaip prieš metus.

6. Mokinio savirūpos įgyvendinimo procese dalyvauja mokinys, jo tėvai (globėjai, rūpintojai), visuomenės sveikatos specialistas, slaugytojo padėjėjas, gimnazijos direktorius, skyriaus vedėjas, mokinį ugdantys mokytojai ir kiti švietimo pagalbos specialistai.

7. Pagalba mokinio savirūpai organizuojama atsižvelgiant į mokinio poreikius ir gydytojų rekomendacijas pagal mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų) prašymą ir sudarant Mokymo sutartį.

8. Sudarant Mokymo sutartį, tėvai (globėjai, rūpintojai) kartu su Gimnazija / Skyriumi užpildo „Pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga lėtine neinfekcine liga, teikimo Mokykloje planą“

(toliau – Planas). Planas gali būti pildomas pasitelkiant vaiką gydantį gydytoją.

9. Planas rengiamas pagal formą (1, 2, 3, 4 priedai) ir yra laikomas neatsiejama Mokymo sutarties dalimi.

10. Gimnazijos direktorius šiame apraše numato atsakomybes už Plano arba atskirų Plano dalių vykdymą.

III SKYRIUS

VAIKŲ, SERGANČIŲ LĒTINĖMIS NEINFEKCIŖMIS LIGOMIS, MOKYKLOJE VARTOJAMŲ VAISTŲ ADMINISTRAVIMAS

11. Mokiniiui reikalingi vartoti Gimnazijoje / Skyriuje vaistai laikomi Gimnazijos / Skyriaus sveikatos kabinete vaistŲ aprašymuose nurodytomis vaistŲ laikymo sąlygomis, užtikrinant, kad prie vaistŲ turėtų priėjimą tik vaistus mokiniui išduodantis asmuo.

12. Gimnazijoje / Skyriuje mokiniui išduodami vartoti tik Plane nurodyti vaistai, Plane nurodytomis vaistŲ vartojimo dozėmis, laiku, vartojimo būdu.

13. Tėvai (globėjai, rūpintojai) Gimnazijai / Skyriui vaistus turi pateikti originalioje pakuotėje su informaciniu lapeliu. Ant pakuotės turi būti užrašytas vaiko, kuriam skirti vaistai, vardas ir pavardė. Bet koku atveju pirma vaistŲ dozė turėtų būti suvartota vaikui esant namie.

14. Vaistus vaikui gali paduoti visuomenės sveikatos specialistas, o jam nesant Skyriuje – slaugytojo padėjėjas.

15. Vaistus vaikui Gimnazijoje / Skyriuje gali duoti ir vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai) atskiru susitarimu su Gimnazijos direktoriumi, Skyriaus vedėju.

16. Siekiant išvengti vaisto vartojimo klaidŲ, kiekvieną kartą vaikui duodant vaistą patikrinti:

16.1. ar vaistas yra tas, kuris nurodytas Plane;

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

16.3. ar vaistas yra skirtas tam vaikui;

16.4. ar teisinga vaisto dozė;

16.5. ar teisingas vaisto vartojimo laikas;

16.6. ar teisingas vaisto vartojimo būdas.

17. Mokinys vaistą turi suvartoti tik stebint Gimnazijos direktoriaus paskirtam asmeniui, atsakingam už vaistŲ išdavimą mokiniui.

18. Gimnazijos direktoriaus paskirtas asmuo, atsakingas už vaistŲ išdavimą, privalo užregistruoti kiekvieną vaistŲ išdavimo konkrečiam vaikui atvejį VaistŲ išdavimo vaikams registracijos žurnale (5 priedas).

19. 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).

20. Reikalingos procedūros atliekamos sveikatos priežiūros specialisto kabinete.

21. Jeigu vaikas pagalbą sau teikia pats, arba procedūra nereikalauja konfidencialumo ir specialiŲ sąlygŲ, vaiko (tėvŲ, globėjų) pageidavimu ji gali būti atliekama klasėje.

22. Jei mokiniui gydytojo paskirti vaistai, kuriuos gali prireikti vartoti tuo metu, kai mokinys būna įstaigoje ir tai atlikti jam gali prireikti pagalbos, tėvai (globėjai, rūpintojai) Mokyklos administracijai turi pateikti raštišką prašymą dėl pagalbos mokiniui laikant ar naudojant vaistus. Prašyme turi būti tiksliai nurodyta, kokios pagalbos tėvai pageidauja (dėl vaisto laikymo vietos mokykloje suteikimo; dėl vietos vaisto panaudojimui mokykloje suteikimo; dėl pagalbos sunaudojant vaistą ir kt.).

23. Prašymą pateikę tėvai (globėjai, rūpintojai) supažindinami su šiuo Aprašu.

24. Gimnazijos direktorius, gavęs tėvŲ (globėjų, rūpintojų) raštišką prašymą, paskiria už pagalbą atsakingą asmenį. Su paskirtu atsakingu asmeniu gimnazijos direktorius ir tėvai (globėjai, rūpintojai) aptaria pagalbos sąlygas ir jas išdėsto raštu:

24.1. jei prašoma vietos vaisto laikymui – patalpa, temperatūros režimas, prieinamumas;

24.2. jei prašoma vietos suteikimo vaisto panaudojimui mokykloje – patalpa, jos

prieinamumas;

24.3. jei prašoma pagalbos sunaudojant vaistą – vaistas, jo dozė, vartojimo tvarkaraštis, vartojimo būdas, galimas šalutinis poveikis, mokyklos darbuotojo pagalbos veiksmai.

25. Asmuo, tiekiantis pagalbą mokiniui sunaudojant vaistą, kiekvieną kartą privalo patikrinti:

25.1. ar tai tas mokinys, kuriam vaistas paskirtas;

25.2. ar tai tas vaistas;

25.3. ar teisinga vaisto dozė

25.4. ar teisingas vartojimo laikas;

25.5. ar teisingas vaisto vartojimo būdas.

26. Tėvai (globėjai, rūpintojai) privalo raštiškai informuoti Gimnazijos / Skyriaus administraciją, jei mokiniui vaistų vartoti nebereikia.

III SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

27. Informacija apie mokinių sveikatą turi būti disponuojama tiek, kiek reikalinga mokinio teisei būti sveikam užtikrinti, tačiau nepažeidžiant mokinio teisės į privatų gyvenimą, asmens neliečiamybę, todėl ši informacija gali būti teikiama tik Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka.

Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio
gimnazijos pagalbos mokiniui pagal gydytojų
rekomendacijas užtikrinimo (pvz., vaistų laikymo,
išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga
lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo
1 priedas

INDIVIDUALUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA CUKRINIU DIABETU, TEIKIMO PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga cukriniu diabetu, teikimo Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio gimnazijoje / gimnazijos „Rasos“ skyriuje (toliau tekste – Mokykloje) planas (toliau tekste – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Mokyklos, visuomenės sveikatos specialisto (toliau tekste – VSS), vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio sergančio cukriniu diabetu, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai ugdomosi ar mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO, VAIKO DUOMENYS	
Vardas ir pavardė:	
Gimimo data:	
Amžius:	
Klasė:	
Gyvenamosios vietos adresas:	
PLANO sudarymo data:	
PLANO peržiūros data:	

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Pirmas kontaktas – Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas, pavardė, giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	<i>Mobilus:</i>	
	<i>Darbo:</i>	
Antras kontaktas – Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas, pavardė, giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	<i>Mobilus:</i>	
	<i>Darbo:</i>	

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

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Gimnazijos / Skyriaus VSS:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Gimnazijoje / Skyriuje:</i>	pvz.: 1 aukštas, 107 kab.
Mokytoja:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
Kiti svarbūs asmenys:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO, VAIKO SVEIKATĄ	
Diabeto tipas (pažymėkite)	<input type="checkbox"/> I tipas; <input type="checkbox"/> II tipas.
Sveikatos būklės apibūdinimas Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:	Išvardinkite Jūsų vaikui būdingus simptomus, pvz.: didelis nuovargis, negalėjimas susikaupti, bendras silpnumas, pykinimas, mirgėjimas akyse, mieguistumas ir pan.
Alergijos (išvardinkite):	Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.: <input type="checkbox"/> pieno produktams; <input type="checkbox"/> kiaušiniui; <input type="checkbox"/> lateksui; <input type="checkbox"/> kita: _____

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 (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 Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
--	--

Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	<input type="checkbox"/> hipoglikemija; <input type="checkbox"/> injekcijos vietose 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) _____
--	--

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui, vaikui vartoti vaistus Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
---	--

Ar mokinys, vaikas Mokykloje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būti atsakingu už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga*?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
---	--

5.3. GLIUKOZĖS TYRIMAS KRAUJYJE

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

Gliukozės kiekio kraujyje tyrimą turi atlikti tik apmokytas suaugęs asmuo;

Mokinys, vaikas savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (reikia tik stebėti);

Mokinys, vaikas 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 _____.

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

Ar gali mokiniui, vaikui ugdymosi ar 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 pasireiškus. Kiekvienai paūmėjimo būklei apibūdinti užpildykite atskirą lentelę.

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

Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?

Kas išprovokuoja hiperglikemiją 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? (papildykite, koreguokite jei reikia)

Lengva / vidutinė hipoglikemija

Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:

- mokinys pagalbą gali suteikti sau pats;
 - reikalinga priežiūra, nedidelė pagalba:
- 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 5,6 mmol/l—kartoti 1 *Žingsnį*.
- Jei gliukozės kiekis virš 5,6mmol/l – daryti 4 *Žingsnį*.
- 4 *Žingsnis*. Kai kuriems vaikams reikalingas papildomas pavalgymas.

Sunki hipoglikemija

Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:

- 1 *Žingsnis*. Vaiką paguldyti į saugią padėtį (ant šono), kad

	<p>liežuvis neužblokuotų kvėpavimo takų.</p> <p>2 <i>Žingsnis</i>. Skubiai kviečiame GMP (skambinama telefonu 112) – pranešama, kad mokinys prarado sąmonę ir serga CD. Nepalikite mokinio vieno.</p> <p>3 <i>Žingsnis</i>. Susisiekite su mokinio tėvais (globėjais, rūpintojais).</p>
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.
HIPERGLIKEMIJA (būklė kai gliukozės kiekis kraujyje daugiau nei ... mmol/l)	
Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?	
Kas išprovokuoja hiperglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite)	<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 (išvardinkite): _____ .
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? (papildykite, koreguokite jei reikia)	<p>Jei gliukozės kiekis kraujyje viršija mmol/l, kai nėra jokių kitų simptomų:</p> <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 fizinį krūvį; <input type="checkbox"/> kita _____ . <p>Jei vis tiek viršijammol/l.</p> <input type="checkbox"/> kreiptis į tėvus (globėjus, rūpintojus), mokiniui gali prireikti ypač greito veikimo insulino. <p>Jei mažiau nei mmol/l:</p> <input type="checkbox"/> kartoti gliukozės kraujyje tyrimą prieš kitą valgį; <input type="checkbox"/> radus padidėjusį gliukozės kiekį kraujyje, kai vaikas pradeda vemti, giliai alsuoti, pasidaro vangus, netenka sąmonės būtina: <ul style="list-style-type: none"> • nedelsiant kviesti GMP; • vykdyti GMP nurodymus; • informuoti tėvus (globėjus, rūpintojus).
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.

7. MOKINIO, VAIKO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio, vaiko sveikatos būklės stebėseną Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
--	--

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

Kokia mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonė turi būti taikomos Mokykloje?	pvz.: gliukozės kiekio kraujyje kontrolė
Kada jas reikia taikyti?	<input type="checkbox"/> prieš valgį;

	<input type="checkbox"/> prieš kūno kultūros pamokas; <input type="checkbox"/> kai vaikas jaučiasi blogai;
Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)?	<input type="checkbox"/> gliukomatis, adatėlės, <input type="checkbox"/> kita (įrašykite): _____
Kokie pagalbos veiksmai turi būti atlikti vykdant šią mokinio, vaiko būklės stebėsenos priemonę?	Matuoti cukraus kiekį kraujyje.

8. PAGALBA MOKINIUI, VAIKUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU

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

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

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

9. FIZINIS AKTYVUMAS

Ar reikalingi kokie nors specialios pagalbos mokiniui, vaikui fizinio aktyvumo metu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
	<input type="checkbox"/> prieš fizinio ugdymo pamokas vaikas turi pasimatuoti gliukozės kiekį kraujyje. Priminkite vaikui tai padaryti prieš kiekvieną fizinio ugdymo pamoką; <input type="checkbox"/> pasiteiraukite vaiko, kokį cukraus kiekį kraujyje rodo gliukomatis: jei šis rodiklis mažesnis nei mmol/l, būtina prieš fizinio ugdymo pamoką užkasti iš namų atsineštą užkandį jei gliukozės koncentracija didesnė neimmol/l, mankštintis draudžiama.

10. POVEIKIS MOKINIO, VAIKO UGDYMUISI AR MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI

Ar vaiko sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio, vaiko ugdymuisi ar mokymuisi?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> 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)	pvz.: negali susikaupti, dėmesio stoka, mieguistumas ir pan.
Ar mokiniui gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga?	nurodykite

11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Kokia pagalba gali būti reikalinga?	<input type="checkbox"/> prižiūrėti, ką vaikas valgo, geria; <input type="checkbox"/> sekti gliukozės kiekį kraujyje prieš valgį; <input type="checkbox"/> organizuoti išvyką taip, kad būtų užtikrintas reguliarus savalaikis maitinimas; <input type="checkbox"/> kita_____
Kada reikia suteikti pagalbą?	<input type="checkbox"/> kai pasireiškia hipoglikemija / hiperglikemija; <input type="checkbox"/> vaikas jaučiasi blogai, arba prašo pagalbos; <input type="checkbox"/> kita_____
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui, vaikui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

12. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS

Mokinio, vaiko savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokiniui, vaikui, sergančio LNL, savirūpai.

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

13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI, VAIKUI SAVIRŪPA, ŠALINIMAS

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

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, vaiko savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys, vaikas serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka.

Mokykla bus atsakingas 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, vaiko savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys, vaikas serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

Sutinku nedelsiant informuoti Mokyklos direktorių, jog būtų peržiūrimas bei koreguojamas PLANAS, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Aš įsipareigoju laiku pristatyti vaikui reikalingus vaistus, priemones (įrangą), atsakau už įrangos tinkamą veikimą bei priežiūrą (t. y. valymą).

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

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio, vaiko savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui, vaikui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Mokykla imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti mokinio, vaiko 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.

Gimnazijos direktoriaus arba įgalioto atstovo parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	
Pareigos:	

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

1. _____;
2. _____;
3. _____.

VSS, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jeigu pridedama):

1. _____, ... lapų.
2. _____, ... lapų.
3. _____, ... lapų.
4. _____, ... lapų.

Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio
gimnazijos pagalbos mokiniui pagal gydytojų
rekomendacijas užtikrinimo (pvz., vaistų laikymo,
išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga
lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo
2 priedas

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

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga bronchų astma, teikimo Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio gimnazijoje / gimnazijos „Rasos“ skyriuje (toliau tekste – Mokykloje) planas (toliau tekste – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Mokyklos, visuomenės sveikatos specialisto (toliau tekste – VSS), vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio sergančio bronchų astma, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai ugdymosi ar mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO, VAIKO DUOMENYS	
Vardas ir pavardė:	
Gimimo data:	
Amžius:	
Klasė:	
Gyvenamosios vietos adresas:	
PLANO sudarymo data:	
PLANO peržiūros data:	

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Pirmas kontaktas – Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas, pavardė, giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	<i>Mobilus:</i>	
	<i>Darbo:</i>	
Antras kontaktas – Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas, pavardė, giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	<i>Mobilus:</i>	
	<i>Darbo:</i>	

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

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Gimnazijos / Skyriaus VSS:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Gimnazijoje / Skyriuje:</i>	pvz.: 1 aukštas, 107 kab.
Mokytoja:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
Kiti svarbūs asmenys:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO, VAIKO 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: Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:	pvz.: šiuo metu jaučiasi gerai, simptomai išryškėja tik paūmėjimų metu.
Alergijos:	Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.: <input type="checkbox"/> pieno produktams; <input type="checkbox"/> kiaušiniui; <input type="checkbox"/> lateksui; <input type="checkbox"/> kita: _____ .

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

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

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Mokyklos ribų?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	<input type="checkbox"/> jaučiamas širdies plakimas; <input type="checkbox"/> drebulys; <input type="checkbox"/> silpnas gerklės skausmas; <input type="checkbox"/> kosulys; <input type="checkbox"/> užkimimas; <input type="checkbox"/> galvos skausmas; <input type="checkbox"/> galvos svaigimas; <input type="checkbox"/> nenustygimas; <input type="checkbox"/> nervingumas; <input type="checkbox"/> sujaudinimas; <input type="checkbox"/> kita _____ .

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui, vaikui vartoti vaistus Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
---	--

<p>Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</p>	<input type="checkbox"/> alerginės reakcijos _____; <input type="checkbox"/> jaučiamas širdies plakimas; <input type="checkbox"/> drebulys; <input type="checkbox"/> silpnas gerklės skausmas; <input type="checkbox"/> kosulys; <input type="checkbox"/> užkimimas; <input type="checkbox"/> galvos skausmas; <input type="checkbox"/> galvos svaigimas; <input type="checkbox"/> nenustygimas; <input type="checkbox"/> nervingumas; <input type="checkbox"/> sujaudinimas; <input type="checkbox"/> kita _____ .
--	--

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 paženklinti 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?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> 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 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 (išvardinkite) _____ .
Kas išprovokuoja jūsų vaiko	<input type="checkbox"/> namų dulkių erkių alergenai;

bronchų astmos paūmėjimą?	<input type="checkbox"/> gyvūnų alergenai; <input type="checkbox"/> tarakonų alergenai; <input type="checkbox"/> patalpų pelėsiai; <input type="checkbox"/> patalpų teršalai ; <input type="checkbox"/> vaistai; <input type="checkbox"/> žiedadulkės; <input type="checkbox"/> stresas; <input type="checkbox"/> sportas/ fizinė veikla; <input type="checkbox"/> oro sąlygos; <input type="checkbox"/> peršalimas / gripas; <input type="checkbox"/> oro tarša (tabako dūmai); <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____
Ar jūsų vaikas pasako kai jam reikalingi medikamentai?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar jūsų vaikui reikalinga pagalba vartojant (įkvėpiant) vaistus?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis?	<p>Jei BA paūmėjimas lengvas (dusulys vaikstant, kalba nesutrikusi, gali būti susijaudinęs, kvėpavimas padažnėjęs, vidutinio garsumo švilpimas tik iškvėpimo pabaigoje) pagalbą gali suteikti sau pats mokinys, esant poreikiui kitas suaugęs asmuo gali padėti sergančiajam surasti ir padėti įkvėpti gydytojo paskirtų vaistų.</p> <input type="checkbox"/> padėti įkvėpti (Fenoterolio arba salbutamolio (ventolino) iki 3 kartų per pirmąją valandą); <input type="checkbox"/> patogiai pasodinti; <input type="checkbox"/> informuoti tėvus (globėjus, rūpintojus); <input type="checkbox"/> nepalikti vieno; <input type="checkbox"/> jei būklė blogėja kviesti GMP ir informuoti tėvus (globėjus, rūpintojus). <p>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 iškviesti medikus;) – būtina:</p> <input type="checkbox"/> padėti (duoti) įkvėpti gydytojo paskirtų vaistų (Fenoterolio arba salbutamolio (ventolino) iki 3 kartų per pirmąją valandą); <input type="checkbox"/> patogiai pasodinti; <input type="checkbox"/> kviesti GMP; <input type="checkbox"/> nepalikti vaiko vieno; <input type="checkbox"/> pranešti vaiko tėvams (globėjams, rūpintojams).
Kokia tolimesnių veikslių seka?	<input type="checkbox"/> skambinti tėvams, kad pasiimtų vaiką iš Mokyklos; <input type="checkbox"/> Vaikas išleidžiamas su tėvais (globėjais, rūpintojais).

7. MOKINIO, VAIKO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio, vaiko sveikatos būklės stebėseną Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> paklausti vaiko kaip jaučiasi; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____ .
Kada jas reikia taikyti?	<input type="checkbox"/> prieš ir po fizinio ugdymo pamokos, stresinėje situacijoje, pamačius, kad vaiko elgesys ne toks kaip visada; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____ .

8. PAGALBA MOKINIUI, VAIKUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU

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

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"/> pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____ .
-------------------------------	--

9. FIZINIS AKTYVUMAS

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

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

10. POVEIKIS MOKINIO, VAIKO UGDYMUISI AR MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI

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

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

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

11. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA

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

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Kokia pagalba (gali būti) reikalinga?	<input type="checkbox"/> gali reikti padėti įkvėpti vaistus; <input type="checkbox"/> prieš kelionę patikrinti ar vaikas su savimi turi būtinais pagalbai reikalingus vaistus;
---------------------------------------	---

	<input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
Kada reikia suteikti pagalbą?	<input type="checkbox"/> išryškėjus paūmėjimo simptomams; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

13. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS

Mokinio, vaiko savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokiniui, vaiko, sergančio LNL, savirūpai.

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

14. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI, VAIKUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS

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

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, vaiko savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys, vaikas serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka.

Mokykla bus atsakingas 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, vaiko savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys, vaikas serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

Sutinku nedelsiant informuoti Mokyklos direktorių, jog būtų peržiūrimas bei koreguojamas PLANAS, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Aš įsipareigoju laiku pristatyti vaikui reikalingus vaistus, priemones (įrangą), atsakau už įrangos tinkamą veikimą bei priežiūrą (t. y. valymą).

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

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio, vaiko savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui, vaikui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Mokykla imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti mokinio, vaiko 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.

Gimnazijos direktoriaus arba įgalioto atstovo parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	
Pareigos:	

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

1. _____;
2. _____;
3. _____.

VSS, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jeigu pridedama):

1. _____, ... lapų.
2. _____, ... lapų.
3. _____, ... lapų.
4. _____, ... lapų.

Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio gimnazijos pagalbos mokiniui pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (pvz., vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo 3 priedas

INDIVIDUALUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA DERMATITU, TEIKIMO PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga dermatitu, teikimo Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio gimnazijoje / gimnazijos „Rasos“ skyriuje (toliau tekste – Mokykloje) planas (toliau tekste – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Mokyklos, visuomenės sveikatos specialisto (toliau tekste – VSS), vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio sergančio dermatitu, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai ugdomosi ar mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO, VAIKO DUOMENYS	
Vardas ir pavardė:	
Gimimo data:	
Amžius:	
Klasė:	
Gyvenamosios vietos adresas:	
PLANO sudarymo data:	
PLANO peržiūros data:	

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA					
Pirmas kontaktas – Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas, pavardė, giminystės ryšys:					
Telefono numeris:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><i>Mobilus:</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Darbo:</i></td> <td></td> </tr> </table>	<i>Mobilus:</i>		<i>Darbo:</i>	
<i>Mobilus:</i>					
<i>Darbo:</i>					
Antras kontaktas – Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas, pavardė, giminystės ryšys:					
Telefono numeris:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;"><i>Mobilus:</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>Darbo:</i></td> <td></td> </tr> </table>	<i>Mobilus:</i>		<i>Darbo:</i>	
<i>Mobilus:</i>					
<i>Darbo:</i>					

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

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Gimnazijos / Skyriaus VSS:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Gimnazijoje / Skyriuje:</i>	pvz.: 1 aukštas, 107 kab.
Mokytoja:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
Kiti svarbūs asmenys:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO, VAIKO SVEIKATĄ
--

Koks Jūsų vaikui nustatyto dermatito tipas?	
Sveikatos būklės apibūdinimas: Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:	pvz.: Bendra būklė gera. Vargina odos paraudimas, patinimas, niežulys, pleiskanojimas, lupimasis. Gretas nuovargis. Liūdesys.
Kokie bendri simptomai būdingi jūsų vaikui?	<input type="checkbox"/> intensyvus niežėjimas; <input type="checkbox"/> miego sutrikimai; <input type="checkbox"/> paryškėjęs odos piešinys; <input type="checkbox"/> nuo kasymo atsiradusios stigmos (atsivėrę žaizdos); <input type="checkbox"/> gali pakisti tuštinimasis – viduriavimas, vidurių užkietėjimas; <input type="checkbox"/> riebi, patinusi oda; <input type="checkbox"/> baltos arba gelsvos pleiskanos; <input type="checkbox"/> pilvo skausmai; <input type="checkbox"/> pilvo pūtimas; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____ .
Alergijos: (nurodykite)	<input type="checkbox"/> namų dulkių erkių alergenai; <input type="checkbox"/> gyvūnų alergenai; <input type="checkbox"/> maisto alergenai; <input type="checkbox"/> patalpų pelėsiai; <input type="checkbox"/> patalpų teršalai; <input type="checkbox"/> vaistai; <input type="checkbox"/> žiedadulkės; <input type="checkbox"/> stresas; <input type="checkbox"/> oro sąlygos; <input type="checkbox"/> oro tarša; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____ .

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

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

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Mokyklos ribų?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? Pvz.: <input type="checkbox"/> alerginės reakcijos: odos bėrimas, įskaitant raudoną niežtinčią odą, patinimas aplink akis ir lūpas, apsunkintas kvėpavimas ir rijimas; <input type="checkbox"/> dirginimas, niežėjimas, paraudimas vaisto vartojimo vietoje; <input type="checkbox"/> odos infekcijos; <input type="checkbox"/> vartojimo vietos reakcijos, pvz.: bėrimas, skausmas, perštėjimas, nesunkus odos pleiskanojimas, sausumas,

	patinimas ir egzemos simptomų pasunkėjimas; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____.
--	---

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui, vaikui vartoti vaistus Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
---	--

Jeigu taip , nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	<input type="checkbox"/> alerginės reakcijos: odos bėrimas, įskaitant raudoną niežtinčią odą, patinimas aplink akis ir lūpas, apsunkintas kvėpavimas ir rijimas; <input type="checkbox"/> dirginimas, niežėjimas, paraudimas vaisto vartojimo vietoje; <input type="checkbox"/> odos infekcijos; <input type="checkbox"/> vartojimo vietos reakcijos, pvz.: bėrimas, skausmas, perštėjimas, nesunkus odos pleiskanojimas, sausumas, patinimas ir egzemos simptomų pasunkėjimas; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____.
---	--

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

Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> prasideda iškart po kontakto su dirgikliu; <input type="checkbox"/> oda parausta, paburksta, atsiranda pūslelių, pažeistas paviršius šlapiuoja; <input type="checkbox"/> uždegimas skausmingas. Jaučiamas deginimas, perštėjimas; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____.
Kas išprovokuoja dermatito (egzemos) paūmėjimo būklę	<input type="checkbox"/> maisto alergenai (karvės pienas, kiaušiniai, žuvis, riešutai, kviečiai, sojos);

jūsų vaikui? (išvardinkite)	<input type="checkbox"/> ore esantys alergenai (kontaktas su namų aplinkos alergenais – namų dulkių erkės, pelėsis, naminiai gyvūnai); <input type="checkbox"/> išoriniai aplinkos alergenai – žiedadulkės, grybelių sporos); <input type="checkbox"/> įvairūs cheminiai ir fiziniai dirgikliai (skalavimo priemonės, vilnoniai, sintetiniai drabužiai, tabako dūmai (pasyvus vaikų rūkymas); <input type="checkbox"/> staigi oro drėgmės bei temperatūros kaita; <input type="checkbox"/> kai kurie medikamentai; <input type="checkbox"/> stresas, nervinė įtampa; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____ .
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis? (išvardinkite)	<input type="checkbox"/> šalinti priežastį, pašalinti ar sumažinti visus dirginančius ir odos būklę bloginančius veiksnius; <input type="checkbox"/> vengti maisto alergenų; <input type="checkbox"/> vaikus patariama rengti nešiurkščiais natūralaus pluošto, geriausiai – medvilniniais drabužiais; <input type="checkbox"/> prausimosi priemonės turi būti neutralios, be šarmų, dažiklių, kvapiųjų medžiagų; <input type="checkbox"/> barjerinės odos funkcijos atkūrimas emolientais; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____ .
Kokia tolimesnių veikslių seka? (pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.)	Įvertinti, kas sukėlė ligos paūmėjimą? Aptarti su tėvais (globėjais, rūpintojais), kaip galima būtų išvengti paūmėjimų? Gal reikalinga psichologo pagalba?

7. MOKINIO, VAIKO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio, vaiko sveikatos būklės stebėseną Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> paklausti vaiko kaip jaučiasi; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____ .
Kada jas reikia taikyti?	<input type="checkbox"/> pastebėjus, kad paryškėjo bėrimai, niežulys, pablogėjo vaiko savijauta, emocinė būklė; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____ .

8. PAGALBA MOKINIUI, VAIKUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU

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

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"/> pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____ .
-------------------------------	--

9. FIZINIS AKTYVUMAS

Ar reikalingi kokie nors specialiosios pagalbos mokiniui, vaikui fizinio aktyvumo metu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
---	--

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

Pagalbos veiksmai prieš fizinio ugdymo pamoką (aprašykite)	
Pagalbos veiksmai fizinio ugdymo pamokos metu (aprašykite)	
Pagalbos veiksmai pertraukos metu	<input type="checkbox"/> pavasarį, kai žydi augalai, neleisti per pertraukas bėgioti lauke; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.

10. POVEIKIS MOKINIO, VAIKO UGDYMUISI AR MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI

Ar vaiko sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokiniui, vaiko ugdymuisi ar mokymuisi?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
---	--

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

Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti mokymąsi?	<input type="checkbox"/> sunku susikaupti, neramus, sudirgęs, atsiribojęs; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
Kokia reikalinga pagalba mokiniui mokymuisi?	<input type="checkbox"/> atidėti namų darbų atlikimo terminai; <input type="checkbox"/> suteikti daugiau laiko užduotims atlikti; <input type="checkbox"/> pritaikytos mokymosi formos ir būdai (įvardinti, kokie); <input type="checkbox"/> reguliarūs susitikimai kas mėnesį su mokytojais siekiant aptarti mokymosi pažangą; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
Ar mokiniui gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga?	(išvardinkite)

11. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA

Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Kokie Mokyklos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?	<input type="checkbox"/> patalynė, kurioje gali būti dulkių erkių alergenų; <input type="checkbox"/> mokykloje naudojami higienos reikmenys; <input type="checkbox"/> oro tarša: pvz.: patalpose vykdomas remontas, naudojami aerosoliai; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
Kokių veiksmų reikėtų imtis	<input type="checkbox"/> naudoti vaiko miegui patalynę, kuri nebūtų pagaminta iš

Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	paukščių pūkų; pagalves, antklodes ir čiužinius sandariai apvilkti erkėms nepralaidžiais užvalkalais; <input type="checkbox"/> pirkti Mokinių naudojimui higienos priemonės (tualetinį popierių, prausiklį) be kvėpiklių, dažiklių; <input type="checkbox"/> vėdinti patalpas, remontuoti patalpas vaikų atostogų metu; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
--	---

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Kokia pagalba (gali būti) reikalinga?	<input type="checkbox"/> šalinti priežastį. Planuojant kelionę numatyti galimus dirgiklius ir jų vengti; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
Kada reikia suteikti pagalbą?	<input type="checkbox"/> išryškėjus paūmėjimo simptomams; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

13. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS

Mokinio, vaiko savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, vaiko, sergančio LNL, savirūpai.

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

14. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI, VAIKUI SAVIRŪPA, ŠALINIMAS

Kokios atliekos gali susidaryti	<input type="checkbox"/> panaudoti tvarsčiai; <input type="checkbox"/> panaudoti pleistrai.
Atliekų laikymo tara ir vieta	<input type="checkbox"/> specialus konteineris ar sandariai uždaroma plastikinė dėžutė ar kita tara laikomi Sveikatos kabinete; <input type="checkbox"/> atliekų laikymo tara Mokyklą aprūpina tėvai (globėjai, rūpintojai); <input type="checkbox"/> atliekų laikymo tara Mokykla apsirūpina pati; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
Atliekų šalinimo periodiškumas	pvz.: kartą per savaitę.
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai (globėjai, rūpintojai) pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	pvz.: kiekvienas penktadienis, 12 val.

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, vaiko savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys, vaikas serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka.

Mokykla bus atsakingas 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, vaiko savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys, vaikas serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

Sutinku nedelsiant informuoti Mokyklos direktorių, jog būtų peržiūrimas bei koreguojamas PLANAS, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Aš įsipareigoju laiku pristatyti vaikui reikalingus vaistus, priemones (įrangą), atsakau už įrangos tinkamą veikimą bei priežiūrą (t. y. valymą).

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

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio, vaiko savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui, vaikui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Mokykla imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti mokinio, vaiko 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.

Gimnazijos direktoriaus arba įgalioto atstovo parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	
Pareigos:	

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

1. _____;
2. _____;
3. _____.

VSS, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jeigu pridedama):

1. _____, ... lapų.
2. _____, ... lapų.
3. _____, ... lapų.
4. _____, ... lapų.

Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio
gimnazijos pagalbos mokiniui pagal gydytojų
rekomendacijas užtikrinimo (pvz., vaistų laikymo,
išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga
lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo
4 priedas

INDIVIDUALUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA _____, TEIKIMO PLANAS

Ligos pavadinimas

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga _____, teikimo Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio gimnazijoje / gimnazijos „Rasos“ skyriuje (toliau tekste – Mokykloje) planas (toliau tekste – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Mokyklos, visuomenės sveikatos specialisto (toliau tekste – VSS), vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio sergančio _____, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai ugdymosi ar mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO, VAIKO DUOMENYS	
Vardas ir pavardė:	
Gimimo data:	
Amžius:	
Klasė:	
Gyvenamosios vietos adresas:	
PLANO sudarymo data:	
PLANO peržiūros data:	

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Pirmas kontaktas – Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas, pavardė, giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	<i>Mobilus:</i>	
	<i>Darbo:</i>	
Antras kontaktas – Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas, pavardė, giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	<i>Mobilus:</i>	
	<i>Darbo:</i>	

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

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Gimnazijos / Skyriaus VSS:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Gimnazijoje / Skyriuje:</i>	pvz.: 1 aukštas, 107 kab.
Mokytoja:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
Kiti svarbūs asmenys:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO, VAIKO SVEIKATĄ	
Ligos pavadinimas (įrašykite)	Vaikas serga _____.
Sveikatos būklės apibūdinimas: Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:	
Alergijos: (išvardinkite):	Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.: <input type="checkbox"/> pieno produktams; <input type="checkbox"/> kiaušiniui; <input type="checkbox"/> lateksui; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____.

5. VAISTŲ VARTOJIMAS	
Mokykla turi būti nedelsiant informuojama apie visus šio vaiko gydymo pokyčius.	
5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ	
Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Mokyklos ribų?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jeigu TAIP , nurodykite kokius vaistus vartoja jūsų vaikas?	Įrašykite vaisto pavadinimą _____.
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne Jeigu taip , nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? Pvz.: <input type="checkbox"/> injekcijos vietose 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 (išvardinkite): _____.
5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE	
Ar reikalinga mokiniui, vaikui vartoti vaistus Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jeigu taip , nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	<input type="checkbox"/> injekcijos vietose 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 (išvardinkite): _____.

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

Vaisto pavadinimas	Dozė	Vartojimo / Suleidimo laikas	Vaisto naudojimo administravimas
			Išsamiai aprašykite kaip administruojamas

			vaisto naudojimas:

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

Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti LIGOS paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> 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.

6.1. LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS SIMPTOMAI IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS

Kokie yra būdingi ligos paūmėjimo simptomai jūsų vaikui?	Detaliai aprašykite simptomus ir kaip šią būklę atpažinti:
Kas išprovokuoja ligos paūmėjimą jūsų vaikui? (pažymėkite)	<input type="checkbox"/> trauma, skausmas; <input type="checkbox"/> infekcinė liga, ypač su aukšta temperatūra; <input type="checkbox"/> vėmimas; <input type="checkbox"/> praleisti valgymai; <input type="checkbox"/> užsitęsęs fizinis krūvis; <input type="checkbox"/> didelis emocinis stresas; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis?	Pateikiami konkretūs reikalingos pagalbos veiksmai:
Kokia tolimesnių veikslių seka?	pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.

7. MOKINIO, VAIKO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio, vaiko sveikatos būklės stebėseną Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> prieš valgį; <input type="checkbox"/> prieš kūno kultūros pamokas; <input type="checkbox"/> kai vaikas jaučiasi blogai; <input type="checkbox"/> kita _____
Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne Jeigu Taip, įrašykite kokių _____

8. PAGALBA MOKINIUI, VAIKUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU

Ar reikalinga pagalba mokiniui, vaikui 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?	<input type="checkbox"/> pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
Kada ir kaip ji turi būti teikiama?	pvz.: tiekti vaikui valgyti gydytojo rekomendacijose nurodytu periodiškumu (pridedama)

9. FIZINIS AKTYVUMAS

Ar reikalingi kokie nors speciali pagalba mokiniui, vaikui fizinio aktyvumo metu? Taip
 Ne

Jeigu taip išvardinkite:

10. POVEIKIS MOKINIO, VAIKO UGDYMUISI AR MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI

Ar vaiko sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio, vaiko ugdymuisi ar mokymuisi? Taip
 Ne

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

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

11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Kokia pagalba (gali būti) reikalinga?	nurodykite
Kada reikia suteikti pagalbą?	<input type="checkbox"/> kai vaikas jaučiasi blogai, arba prašo pagalbos; <input type="checkbox"/> kita (įrašykite) _____.
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

12. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS

Mokinio, vaiko savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti

<i>apmokyti teikti pagalbą mokinio, vaiko, sergančio LNL, savirūpai.</i>		
Kokie mokymai yra reikalingi?		
Kas turi būti apmokyti?		
Mokymuose dalyvavusių asmenų vardas ir pavardė	Mokymų data:	Parašas:

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

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

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, vaiko savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys, vaikas serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka.

Mokykla bus atsakingas 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, vaiko savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys, vaikas serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

Sutinku nedelsiant informuoti Mokyklos direktorių, jog būtų peržiūrimas bei koreguojamas PLANAS, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Aš įsipareigoju laiku pristatyti vaikui reikalingus vaistus, priemones (įrangą), atsakau už įrangos tinkamą veikimą bei priežiūrą (t. y. valymą).

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

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio, vaiko savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui, vaikui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Mokykla imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti mokinio, vaiko 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.

Gimnazijos direktoriaus arba įgalioto atstovo parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	
Pareigos:	

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

1. _____;
2. _____;
3. _____.

VSS, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jeigu pridedama):

1. _____, ... lapų.
2. _____, ... lapų.
3. _____, ... lapų.
4. _____, ... lapų.

Vilkaviškio r. Kybartų Kristijono Donelaičio
gimnazijos pagalbos mokiniui pagal gydytojų
rekomendacijas užtikrinimo (pvz., vaistų laikymo,
išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga
lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo
5 priedas

Vaistų išdavimo vaikams registracijos žurnalo forma

Nr.	Vaiko		Data	Vaistų pavadinimas	Dozė	Vartojimo laikas	Vartojimo būdas	Vaistus išdavė		
	Pavardė Vardas	Gim. data						Pavardė Vardas	Pareigos	Parašas
