Mokinių, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso organizavimo tvarkos aprašas 1 priedas

ALYTAUS R. SIMNO GIMNAZIJOS

INDIVIDUALUS SAVIRŪPOS PLANAS

Mokiniui, sergančiam bronchų astma

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. DUOMENYS APIE MOKINĮ | | |
| *mokinio nuotrauka* | *vardas ir pavardė* |  |
| *gimimo data* |  |
| *amžius* |  |
| *grupė/klasė* |  |
| Gimnazijos adresas: | *gatvė, namo nr.* | Vytauto g. 83 |
| *miestas/ rajonas* | Simnas, Alytaus rajonas |
| *pašto kodas* | 64305 |
| Gyvenamosios vietos adresas: | *gatvė, namo nr.* |  |
| *miestas/ rajonas* |  |
| *pašto kodas* |  |
| Plano sudarymo data |  | |
| Plano peržiūros data |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
| Vardas ir pavardė |  | |
| Giminystės ryšys |  | |
| Telefono numeris: | *mobilus* |  |
| *darbo* |  |
| Elektroninio pašto adresas |  | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ GIMNAZIJOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
| Gimnazijos visuomenės sveikatos specialistas: | *vardas ir pavardė:* |  |
| *kontaktinė informacija* |  |
| *darbo grafikas* |  |
| *sveikatos kabineto vieta* | Seno pastato 2 aukštas |
| Grupės/ klasės auklėtojas (-ai): | *vardas ir pavardė* |  |
| *kontaktinė informacija* |  |
| *kontaktinė informacija* |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ | | | | | | | |
| Kokia jūsų vaikui nustatytos bronchų astmos kilmė? | 󠇣 Alerginė 󠇣 Nealerginė | | | | | | |
| Kokio pobūdžio bronchų astmos simptomai būdingi jūsų vaikui? | 󠇣 Priepuoliniai | | | 󠇣 Pastovūs | | | |
| 󠇣 Sezoniniai | | 󠇣 Visus metus | | | 󠇣 Cikliniai | |
| Kokio sunkumo bronchų astma nustatyta jūsų vaikui? | 󠇣  intermituojanti (protarpinė) | 󠇣 lengva persistuojanti | | | 󠇣 vidutinio  sunkumo  persistuojanti | | 󠇣 sunki persistuojanti |
| Sveikatos būklės apibūdinimas: *Pateikite trumpą sveikatos būklės (ių) aprašymą:* |  | | | | | | |
| Alergijos: |  | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. VAISTŲ VARTOJIMAS | | |
| 5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ GIMNAZIJOS RIBŲ | | |
| Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už gimnazijos ribų? | Taip | 󠇣 |
| Ne | 󠇣 |
| Jeigu taip, ar gali pasireikšti vaistų | Taip | 󠇣 |
| Ne | 󠇣 |
| Šalutinis poveikis gimnazijoje mokymosi proceso metu? | *Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS GIMNAZIJOJE | | |
| Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus gimnazijoje? | Taip | 󠇣 |
| Ne | 󠇣 |
| *Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?* | |

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vaisto pavadinimas | Dozė | Vartojimo būdas | Vartojimo laikas/ dažnis | Vaisto galiojimo laikas „iki“ | Vaisto naudojimo administravimas |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*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 gimnazijoje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba? | Taip | 󠇣 |
| Ne | 󠇣 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kokie bronchų astmos paūmėjimo simptomai  dažniausiai būdingi jūsų vaikui? | 󠇣 Švokštimas (švilpimas),  󠇣 dusulys, | |
| 󠇣 kosulys (sausas ar produktyvus),  󠇣 sunkumo (veržimo) jutimas krūtinėje 󠇣 kita *(išvardinkite)* | |
| Kas išprovokuoja jūsų vaiko bronchų astmos paūmėjimą? | 󠇣 Namų dulkių erkių alergenai  󠇣 Tarakonų alergenai  󠇣 Patalpų teršalai  󠇣 Žiedadulkės  󠇣 Sportas/ fizinė veikla  󠇣 Peršalimas/ gripas  󠇣 Kita *(išvardinkite)* | 󠇣 Gyvūnų alergenai  󠇣 Patalpų pelėsiai  󠇣Vaistai  󠇣 Stresas  󠇣 Oro sąlygos  󠇣 Oro tarša |
| Ar jūsų vaikas pasako, kai  jam reikalingi medikamentai? | 󠇣 Taip 󠇣 Ne | |
| Ar jūsų vaikui reikalinga pagalba vartojant  (įkvepiant) vaistus? | 󠇣 Taip 󠇣 Ne | |
| Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? |  | |
| Kokia tolimesnių veiksmų seka? |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA | | |
| Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėsena gimnazijoje? | Taip | 󠇣 |
| Ne | 󠇣 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Kokios mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos gimnazijoje? |  |
| Kada jas reikia taikyti? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ GIMNAZIJOJE METU | | |
| Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų  gimnazijoje metu? | Taip | 󠇣 |
| Ne | 󠇣 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Kokia reikalinga pagalba? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9. FIZINIS AKTYVUMAS | | |
| Ar reikalingi kokia nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu? | Taip | 󠇣 |
| Ne | 󠇣 |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Pagalbos veiksmai prieš fizinio ugdymo pamoką |  |
| Pagalbos veiksmai fizinio ugdymo pamokos metu |  |
| Pagalbos veiksmai pertraukos metu |  |

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 11. GIMNAZIJOS FIZINĖ APLINKA | | |
| Ar gali gimnazijos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę? | Taip  Ne | 󠇣  󠇣 |
| Kokie gimnazijos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei? |  | |
| Kokių veiksmų reikėtų imtis gimnazijai siekiant sumažinti galimą neigiamą gimnazijos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei? |  | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 13. GIMNAZIJOS PERSONALO MOKYMAS  *Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys gimnazijos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai* | |
| Kas turi būti apmokyti? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS | |
| Kokios atliekos gali susidaryti |  |
| Atliekų laikymo tara ir vieta |  |
| Atliekų šalinimo periodiškumas |  |
| Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš gimnazijos |  |

##### 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 (kiti vaiko atstovai pagal įstatymą) | |
| 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 (kitus vaiko atstovus pagal įstatymą), 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 jo dalių įgyvendinimą.

|  |  |
| --- | --- |
| Mokyklos vadovo arba įgalioto atstovo | |
| 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. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (*jeigu pridedama*):

1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lapų. 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lapų.

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lapų.