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

ALYTAUS R. SIMNO GIMNAZIJOS

INDIVIDUALUS SAVIRŪPOS PLANAS

 Mokiniui, sergančiam dermatitu

|  |
| --- |
| 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  |
| Koks Jūsų vaikui nustatyto dermatito tipas?  | 󠇣 atopinis dermatitas  | 󠇣 kontaktinis dermatitas  | 󠇣 seborėjinis dermatitas  |
| Sveikatos būklės apibūdinimas: *Pateikite trumpą sveikatos būklės (ių) aprašymą:*  |  |
| Kokie bendri simptomai būdingi jūsų vaikui?  | 󠇣 intensyvus niežėjimas; 󠇣 miego sutrikimai; 󠇣 paryškėjęs odos piešinys; 󠇣 nuo kasymo atsiradusios stigmos (atsivėrę žaizdos); 󠇣 gali pakisti tuštinimasis – viduriavimas, vidurių užkietėjimas; 󠇣 riebi, patinusi oda; 󠇣 baltos arba gelsvos pleiskanos; 󠇣 pilvo skausmai; 󠇣 pilvo pūtimas; 󠇣 kita (išvardinkite):  |
| Alergijos: *(nurodykite)*  | *󠇣* Namų dulkių erkių alergenai󠇣 Maisto alergenai󠇣 Patalpų teršalai󠇣 Žiedadulkės󠇣 Oro sąlygos 󠇣 Oro tarša, 󠇣 Kita (išvardinkite): | 󠇣 Gyvūnų alergenai 󠇣 Patalpų pelėsiai 󠇣Vaistai 󠇣 Stresas  |

|  |
| --- |
| 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 šalutinis poveikis gimnazijoje mokymosi proceso metu?  | Taip  | 󠇣  |
| Ne  | 󠇣  |
| *Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?*  |

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

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

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

*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.*

*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 LĖTINĖS NEINFEKCINĖS LIGOS 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?  | Taip  | 󠇣  |
| Ne  | 󠇣  |

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| 9. FIZINIS AKTYVUMAS (AR LANKYMASIS BASEINE)  |
| Ar reikalingi kokia nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu?  | Taip  | 󠇣  |
| Ne  | 󠇣  |

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| 11. 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 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*  |
| Kokie mokymai yra reikalingi?  |   |
| Kas turi būti apmokyti?  |   |
| Mokymuose dalyvavusių asmenų vardas ir pavardė  | Mokymų data:  | Parašas:  |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

|  |
| --- |
| 14. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS  |
| Kokios atliekos gali susidaryti  |  |
| Atliekų laikymo tara ir vieta  |  |
| Atliekų šalinimo periodiškumas  |  |
| Savaitės diena ir laikas, kada tėvai (globėjai, rūpintojai) pasiima atliekas iš gimnazijos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti  |  |

##### SUTIKIMAS

Aš sutinku, kad šiame Plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo Mokykloje poreikius. Aš suprantu ir sutinku, kad šiame SUSITARIME pateikta informacija bus dalijamasi su 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:

* 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.

|  |
| --- |
| Gimnazijos direktoriaus 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.