

PATVIRTINTA

Gargždų „Kranto“ progimnazijos direktorės
2023 m. rugpjūčio 30 d. įsakymu Nr. V1-390

**PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS
UŽTIKRINIMO (VAISTŲ LAIKYMO, IŠDAVIMO, NAUDOJIMO IR KT.), JEIGU
MOKINYS SERGA LĒTINE NEINFECINE LIGA, TVARKOS APRAŠAS**

**I SKYRIUS
BENROSIOS NUOSTATOS**

1. Gargždų „Kranto“ progimnazijos (toliau tekste – Mokykla) pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfecine liga (toliau tekste – LNL) tvarkos aprašas (toliau tekste – Tvarka) parengtas vadovaujantis:

1.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. V-1035/ISAK-2680 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“;

1.2. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2000 m. vasario 11 d. įsakymu Nr. 113 „Dėl moksleivių nelaimingų atsitikimų tyrimo, registravimo ir apskaitos nuostatų“;

1.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V773 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 21:2017 „Mokykla, vykdanči bendrojo ugdymo programas. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“.

2. Mokinio savirūpa suprantama kaip mokinio, sergančio LNL, ugdomas 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. Mokinui, sergančiam LNL, mokinio savirūpai reikalingą pagalbą ugdymo įstaigoje organizuoja Mokykla.

4. Tvarka reglamentuoja pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga LNL, tvarką.

**II SKYRIUS
PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS
UŽTIKRINIMO, JEI MOKINYS SERGA LNL, ORGANIZAVIMAS**

5. Mokinio savirūpos įgyvendinimo procese dalyvauja mokinys, jo tėvai (globėjai, rūpintojai), Mokyklos direktorius ar jo įgaliotas atstovas, mokinį ugdantys mokytojai, visuomenės sveikatos specialistas (toliau tekste – VSS) ir kiti švietimo pagalbos specialistai (spec. pedagogas, logopedas, psichologas, socialiniai pedagogai).

6. Mokyklos direktorius paskiria asmenis, atsakingus už „ Individualaus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga LNL, teikimo Mokykloje plano“ (toliau tekste – Planas) arba atskirų Plano dalių vykdymą.

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

8. Sudarant Mokymo sutartį, tėvai (globėjai, rūpintojai) kartu su Mokykla užpildo Planą (*Priedas Nr. 1*) (esant poreikiui Planas pildomas pasitelkiant mokinį gydantį gydytoją). Mokinys taip pat gali dalyvauti pokalbyje ir išsakyti savo lūkesčius.

9. Planas parengiamas per 5 darbo dienas pagal Mokyklos parengtą Plano pavyzdinę formą ir suderinamas su Mokyklos direktoriumi ar direktoriaus paskirtu asmeniu, VSS ir yra laikomas neatsiejama Mokymo sutarties dalimi, kurio kopijas turi Plano įgyvendinimo procese dalyvaujantys asmenys.

10. Jei Mokyklos galimybės yra ribotos užtikrinant Plano vykdymą, Mokyklos direktorius su konkrečios pagalbos prašymu kreipiasi į steigėją.

11. Už Plano vykdymą atsakingi Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio savirūpai (pagal Planą).

12. Pagalbos mokinio savirūpos procese dalyvaujantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pirmąją pagalbą mokinio, sergančio LNL, savirūpai.

III SKYRIUS

MOKINIŲ, SERGANČIŲ LNL, MOKYKLOJE VARTOJAMŲ VAISTŲ ADMINISTRAVIMAS (LAIKYMAS, IŠDAVIMAS, NAUDOJIMAS IR KT.)

13. Mokiniai reikalingi Mokykloje vartoti vaistai turi būti laikomi Plane nurodytoje patalpoje. Prie vaistų priėjimą turi tik vaistus mokiniui išduodantis asmuo.

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

15. Tėvai (globėjai, rūpintojai) Mokyklai vaistus turi pateikti originalioje pakuotėje ant kurios aiškiai matomas galiojimo laikas ir įdėtas informacinis lapelis. Ant pakuotės turi būti užrašytas mokinio, kuriam skirti vaistai vardas ir pavardė, klasė. Bet koku atveju pirma vaistų dozė turi būti suvartota mokiniui esant namie.

16. Vaistus mokiniui paduoda Plane nurodytas atsakingas už vaistų išdavimą asmuo ar VSS (jam esant Mokykloje (jo darbo valandomis)). VSS nesant, vaistus paduoda Mokyklos direktoriaus paskirtas asmuo.

17. Vaistus mokiniui Mokykloje gali duoti ir mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai).

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

18.1. ar vaistas yra tas, kuris nurodytas Plane;

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

18.3. ar vaistas yra skirtas tam mokiniui;

18.4. ar teisinga vaisto dozė;

18.5. ar teisingas vaisto vartojimo laikas;

18.6. ar teisingas vaisto vartojimo būdas.

19. Mokinys vaistą turi suvartoti stebint vaistus išdavusiam asmeniui.

20. VSS ar kitas Mokyklos direktoriaus paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą, privalo užregistruoti kiekvieną vaistų išdavimą konkrečiam mokiniui, vaikui atvejį Vaistų išdavimo mokiniams registracijos žurnale (*Priedas Nr. 2*), nurodant mokinio duomenis (vardas, pavardė, gimimo metai), datą, vaistų pavadinimą, dozę, vaistų išdavimo laiką, vartojimo būdą, vaistus davusio asmens vardą ir pavardę, pareigas, parašą

21. 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).

IV SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

22. Už Plano atskirose dalyse pateiktos informacijos teisingumą atsako mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) ir Mokykla pagal tai, kokias Plano dalis jie pildė.
 23. Už Plano ar atskirų Plano dalių vykdymą atsako Mokyklos direktoriaus paskirti asmenys.
 24. Plano ir Tvarkos vykdymo kontrolę vykdo Mokyklos direktorius.
-

PRIEDAI

INDIVIDUALUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA LĒTINĖMIS NEINFEKČINĖMIS LIGOMIS, TEIKIMO MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys, vaikas serga lėtine neinfekcine liga (toliau tekste – LNL) (cukriniu diabetu, dermatitu, bronchų astma ir kita), teikimo Gargždų „Krantu“ progimnazijoje (toliau tekste – Mokykla) 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 LNL, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai ugdymosi ar mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO, VAIKO DUOMENYS (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))	
Vardas ir pavardė:	
Gimimo data:	
Amžius:	
Grupė/klasė:	
Gyvenamosios vietos adresas:	
PLANO sudarymo data:	
PLANO peržiūros data:	

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))	
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 (pildo Mokykla)	
Mokyklos direktorius:	<i>Vardas ir pavardė:</i>
	<i>Kontaktinė informacija:</i>
Mokyklos VSS:	<i>Vardas ir pavardė:</i>
	<i>Kontaktinė informacija:</i>

	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:</i>	
Švietimo pagalbos specialistai (psichologas, logopedas, specialusis pedagogas, socialinis pedagogas):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
Mokytojas (klasės / grupės)	<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>	

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO, VAIKO SVEIKATĄ (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)

Ligos tipas:	
Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami dažniausiai pasireiškiančius požymius, simptomus (išvardinkite):</i>	
Alergijos:	

5. VAISTŲ VARTOJIMAS (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba) Mokykla turi būti nedelsiant informuojama apie visus šio mokinio, vaiko gydymo pokyčius.

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Vaisto pavadinimas	Dozė	Pastabos
Kada ir kaip vartojamas vaistas, atliekamos intervencijos		
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje, po vaistų vartojimo namuose?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	
Jei pažymėjote Taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?		

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui, vaikui vartoti vaistus Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
	<i>Jeį pažymėjote Taip, nurodykite koks šalutinis poveikis gali pasireikšti?</i>
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

***Svarbu.** *Jeį pažymėjote **Taip**, tai mokinys, vaikas ir jo tėvai (globėjai, rūpintojai) prisiima atsakomybę už vaistų vartojimą ir jų laikymą.*

Jeį reikalinga mokiniui, vaikui vartoti vaistus Mokykloje, 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, pavarde ir laikomi vadovaujantis Mokyklos pagalbos mokinio, vaiko savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeį mokinys, vaikas serga LNL Tvarka.*

Vaistai turi būti laikomi (vieta, laikymo sąlygos pagal vaisto aprašą): _____

Svarbu. 5.3 ir 6 lentelės pildomos, kai mokinys, vaikas serga Cukriniu diabetu.

5.3. GLIUKOZĖS TYRIMAS KRAUJYJE	
<i>Mokinys, vaikas turi gliukozės kiekio kraujyje matuoklį, todėl jis gali išsirtiti gliukozės kiekį kraujyje. Tai yra svarbi savirūpos dalis. Šia įranga negali naudotis kiti mokiniai, vaikai (tinkamą pažymėkite)</i>	
<input type="checkbox"/> Gliukozės kiekio kraujyje tyrimą turi atitikti tik apmokytas suaugęs asmuo	
<input type="checkbox"/> Mokinys, vaikas savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (reikia tik stebėti)	
<input type="checkbox"/> Mokinys, vaikas savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (stebėti nereikia)	
Svarbu.	<i>Įvardinkite, kas yra svarbu matuojant gliukozės kiekį kraujyje ir kt.</i>

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI CUKRINIO DIABETO PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)	
Ar gali mokiniui, vaikui ugdomosi ar mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti Cukrinio diabeto paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne

kitokia pagalba?	
------------------	--

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 (<i>būklė kai gliukozės kiekis kraujyje mažiau nei...mmol/l</i>)	
Kokie yra hipoglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?	
Kas išprovokuoja hipoglikemiją jūsų vaikui? (<i>pažymėkite</i>)	<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 veiksmų reikia imtis?	<p>Lengva/vidutinė hipoglikemija <i>Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:</i></p> <p>Sunki hipoglikemija <i>Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:</i></p>
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	

HIPERGLIKEMIJA (<i>būklė kai gliukozės kiekis kraujyje daugiau nei...mmol/l</i>)	
Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?	
Kas išprovokuoja hiperglikemiją jūsų vaikui? (<i>pažymėkite</i>)	<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, gastroenteritis 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? (<i>papildykite, koreguokite jei reikia</i>)	<p>Jeį gliukozės kiekis kraujyje viršija..... mmol/l, kai nėra jokių kitų simptomų:</p> <p>Jeį vis tiek viršija.....mmol/l.</p> <p>Jeį mažiau nei.....mmol/l:</p>

Kokia tolimesnių veiksmų seka?	

Svarbu. 6.1. lentelė pildoma, kai mokinys, vaikas serga Bronchų astma.

<p>6.1. GALINČIOS PASIREIKŠTI BRONCHŲ ASTMOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba) 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.</p>	
Ar gali mokiniui, vaikui ugdomosi ar 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 bronchų astmos paūmėjimą? (pažymėkite)	<input type="checkbox"/> namų dulkių erkių alergenai <input type="checkbox"/> tarakonų alergenai <input type="checkbox"/> sportas/fizinė veikla <input type="checkbox"/> patalpų teršalai <input type="checkbox"/> žiedadulkės <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 (įkvepiant) vaistus?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?	
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	

Svarbu. 6.2. lentelė pildoma, kai mokinys, vaikas serga Dermatitu, Egzema.

6.2. GALINČIOS PASIREIKŠTI LNL PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)

Ar gali mokiniui, vaikui ugdymosi ar 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? <i>(išvardinkite)</i>	
Kas išprovokuoja dermatito (egzemos) paūmėjimo būklę jūsų vaikui? <i>(išvardinkite)</i>	
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?	
Kokia tolimesnių veiksmų seka? (pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.)	

7. MOKINIO, VAIKO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA *(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)*

Ar reikalinga mokinio, vaiko sveikatos būklės stebėseną Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jei pažymėjote Taip , nurodykite kokios mokinio, vaiko sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Mokykloje?	
Kada reikia taikyti mokinio, vaiko sveikatos būklės priemones?	
Ar mokinio, vaiko sveikatos stebėjimui reikalinga įranga (prietaisai)?	
Kokie pagalbos veiksmai turi būti atlikti vykdant šią mokinio, vaiko būklės stebėsenos priemonę?	

8. PAGALBA MOKINIUI, VAIKUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU *(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)*

Ar reikalinga pagalba mokiniui, vaikui valgymų Mokykloje metu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jei pažymėjote Taip , tai kokia pagalba mokiniui, vaikui reikalinga Mokykloje valgymų metu?	
Kada ir kaip ji turi būti teikiama?	

9. FIZINIS AKTYVUMAS/PLAUKIMO PAMOKA (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)	
Ar reikalingi kokie nors speciali pagalba mokiniui, vaikui fizinio aktyvumo metu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jeį pažymėjote Taip , tai kokie pagalbų veiksmai reikalingi prieš fizinio ugdymo/plaukimo pamoką (ar lankymąsi baseine)?	
Pagalbų veiksmai po fizinio ugdymo/plaukimo pamokos (ar lankymosi baseine)?	
Pagalbų veiksmai pertraukų metu	

10. POVEIKIS MOKINIO, VAIKO UGDYMUISI AR MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))	
Ar mokinio, vaiko sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio, vaiko ugdymuisi ar mokymuisi?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jeį pažymėjote Taip , kaip mokinio, vaiko sveikatos būklė gali paveikti ugdymąsi ar mokymąsi? (aprašykite)	
Kokia reikalinga pagalba mokinio, vaiko ugdymuisi ar mokymuisi?	
Ar mokiniui, vaikui gali būti poreikis išėiti iš grupės ugdymosi metu ar klasės pamokos metu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar mokiniui, vaikui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar mokiniui, vaikui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Kokia kita pagalba mokiniui, vaikui yra reikalinga? (nurodykite)	

Svarbu. II lentelė pildoma, kai mokinys, vaikas serga Dermatitu, Egzema ar Bronchų astma.

11. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))	
Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio, vaiko sveikatos būklę?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Kokie Mokyklos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio, vaiko sveikatos būklei?	
Kokių veiksmų reiktų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio, vaiko sveikatos būklei?	

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))

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

13. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) kartu su Mokykla)

Mokinio, vaiko savirūpos organizavimo procese dalyvaujantys 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?	
Atliekų laikymo tara ir vieta?	
Atliekų šalinimo periodiškumas	
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai (globėjai, rūpintojai) pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	

SUTIKIMAS

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

Aš sutinku, kad:

Mokykla mano vaikui reikalingus vartoti Mokykloje vaistus administruotų Mokyklos pagalbos mokinio, 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 atsakinga už vaistų išdavimą vaiko vartojimui šiame PLANE nurodytais laiko intervalais, dozėmis, būdais, taip pat ir teikiant pagalbą ligos paūmėjimo atvejais, kaip tai yra nurodyta šiame PLANE.

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

Aš esu susipažinęs su Mokyklos man pateiktu Mokyklos pagalbos mokinio, 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 esu susipažinęs su gydytojo man paskirtais vaistais, bei galiu savarankiškai administruoti jų vartojimą.

Mokinio 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.

Mokyklos direktoriaus arba įgalioto atstovo parašas

Vardas ir pavardė:

Parašas:

Pareigos:

Aš **sutinku** padėti Mokyklai 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 :

1. Vaiko sveikatos pažymėjimo kopija – lapų.
2. Pažyma apie vartojamus vaistus – lapų
3. Pridedamas mokinio, vaiko mitybos planas (esant poreikiui).

Vaistų išdavimo vaikams registracijos žurnalo forma

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