

PATVIRTINTA
Vilniaus „Atgajos“ specialiosios mokyklos
direktoriaus 2026 m. gegužės 28 d.
įsakymu Nr. V-26-A21

**VILNIAUS „ATGAJOS“ SPECIALIOSIOS MOKYKLOS PAGALBOS MOKINIO
SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS UŽTIKRINIMO (VAISTŲ
LAIKYMO, IŠDAVIMO, NAUDOJIMO IR KT.), JEIGU MOKINYS SERGA LĖTINE
NEINFEKCINE LIGA, TVARKOS APRAŠAS**

**I SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Vilniaus „Atgajos“ specialiosios mokyklos (toliau – Mokykla) pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašas (toliau – Tvarka) parengta vadovaujantis Visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo mokykloje tvarkos aprašu, patvirtintu 2005 m. gruodžio 30 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymu Nr. V-1035/ISAK-2680, Moksleivių nelaimingų atsitikimų tyrimo, registravimo ir apskaitos nuostatais, patvirtintais 2000 m. vasario 11 d. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymu Nr. 113, Lietuvos higienos normą HN 21:2017 „Mokykla, vykdanči bendrojo ugdymo programas. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“, patvirtinta 2011 m. rugpjūčio 10 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-773.

2. Mokinio savirūpa suprantama kaip mokinio, sergančio lėtine neinfekcine 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. Mokiniams, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, 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 lėtine neinfekcine liga, tvarką.

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

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

6. Pagalba mokinio savirūpai organizuojama atsižvelgiant į mokinio poreikius ir gydytojų rekomendacijas pagal mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų) prašymą (1 priedas).

7. Pateikę prašymą ir gydytojo rekomendaciją bei receptą, tėvai (globėjai, rūpintojai) kartu su Mokykla užpildo „Pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga lėtine neinfekcine liga, teikimo Mokykloje planą“ (toliau – Planas). Planas gali būti pildomas pasitelkiant mokinį gydantį gydytoją.

8. Planas rengiamas pagal Mokyklos pateiktą Plano formos pavyzdį.

III SKYRIUS

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

9. Mokiniui reikalingi vartoti Mokykloje vaistai laikomi Mokyklos sveikatos kabinete.

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

11. Tėvai (globėjai, rūpintojai) Mokyklai vaistus turi pateikti originalioje pakuotėje su informaciniu lapeliu ir gydytojo paskyrimu (receptu). Ant pakuotės turi būti užrašytas mokinio, kuriam skirti vaistai, vardas ir pavardė. Bet kokių atvejų pirma vaistų dozė turėtų būti suvartota mokiniui esant namie.

12. Vaistus mokiniui gali paduoti Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas, slaugytojas, o jų nedarbo metu – klasės vadovas arba mokytojo padėjėjas.

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

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

14.1. ar vaistas yra tas, kuris nurodytas Plane;

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

14.3. ar vaistas yra skirtas tam mokiniui;

14.4. ar teisinga vaisto dozė;

14.5. ar teisingas vaisto vartojimo laikas;

14.6. ar teisingas vaisto vartojimo būdas.

15. Mokinys vaistą turi suvartoti tik stebint Plane numatytam asmeniui, atsakingam už vaistų išdavimą mokiniui.

16. Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas, slaugytojas ar kitas Plane numatytas asmuo, privalo užregistruoti kiekvieną vaistų išdavimo mokiniui atvejį Vaistų išdavimo mokiniams registracijos žurnale (10 priedas).

17. 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 arba mokyklos slaugytoja.

IV SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

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

19. Už Plano ar atskirų Plano dalių vykdymą atsako Plane numatyti asmenys.

20. Plano ir Tvarkos vykdymo kontrolę vykdo Mokyklos vadovas.

Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų
rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo,
išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga
lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo
1 priedas

(Vardas, pavardė)

(Gyvenamoji vieta, telefono nr.)

Vilniaus „Atgajos“ specialiosios mokyklos

Direktorei

PRAŠYMAS DĖL SAVIRŪPOS PAGALBOS ORGANIZAVIMO

(data)

Vilnius

Prašau organizuoti mokykloje savirūpai reikalingą pagalbą mano dukrai/sūnui/globaliniui(-ei)
(vardas, pavardė, klasė)

Dėl (nurodyti priežastis)

Pridedama (gydytojo rekomendacijos/receptas ir lapų skaičius)

(parašas)

Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo

2 priedas

INDIVIDUALUS PAGALBOS UGDYTINIO SAVIRŪPAI, KAI UGDYTINIS SERGA „LNL“, TEIKIMO VILNIAUS „ATGAJOS“ SPECIALIOJOJE MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos ugdytinio savirūpai, kai ugdytinis serga LNL, teikimo ugdymo įstaigoje planas (toliau – planas) yra susitarimas tarp ugdytinio tėvų (globėjų, rūpintojų), ugdymo įstaigos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą ugdymo įstaigoje, kuriame pateikiami konkretūs pagalbos ugdytinio, sergančio LNL, savirūpai ugdymo įstaigoje poreikiai ir reikiama pagalba ugdytinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO DUOMENYS

	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Mokykla:	
	Grupė / klasė:	
Gyvenamosios vietos adresas:	Gatvė, namo Nr.:	
	Miestas / rajonas:	
	Pašto kodas:	
Plano sudarymo data:		
Plano peržiūros data:		

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA

Pirmasis kontaktinis asmuo Vardas ir pavardė		
Giminystės ryšys:	Mama	
Telefonas:	Mobilusis:	
	Darbo:	
Elektroninis paštas:		

Antrasis kontaktinis asmuo Vardas ir pavardė		
Giminystės ryšys:	Tėvas	
Telefonas:	Mobilusis:	
	Darbo:	

Elektroninis paštas:	
----------------------	--

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA

Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas mokykloje:	
	Sveikatos kabineto vieta mokykloje:	
Klasės vadovas:	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas mokykloje:	
Kiti svarbūs asmenys:	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas mokykloje:	
	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas mokykloje:	
	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas mokykloje:	

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ	
Sveikatos būklės aprašas	
Kokie bendri jūsų vaiko simptomai?	☐ Sąnarių skausmas; ☐ Bendras silpnumas; ☐ Mazgeliai po oda aplink sąnarius; ☐ Širdies ritmo permušimas; ☐ Dusulys; ☐ Skausmas širdies plote; ☐ Karščiavimas; ☐ Dažnesnis pulsas; ☐ Bėrimas; ☐ Sąnarių tinimas; ☐ Pilvo skausmai; ☐ Chorėja; ☐ Kita (išvardykite): _____

5. VAISTŲ VARTOJIMAS		
5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS NE MOKYKLOJE		
Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus ne mokykloje?	Taip	☐
	Ne	☐
Jei taip, ar gali pasireikšti šalutinis vaistų poveikis mokymosi mokykloje metu?	Taip	☐
	Ne	☐
	Jei taip , nurodykite galimą šalutinį vaistų poveikį	

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE		
Ar būtina mokiniui vartoti vaistus mokykloje?	Taip	☐
	Ne	☐

Jei taip, pateikite tolesnėje lentelėje informaciją apie vaistų vartojimo dozę, laiką ir vartojimo būdą

Vaisto pavadinimas	Dozė	Vartojimo būdas	Vartojimo laikas

Vaistai, paženklininti jūsų vaiko vardu ir pavarde, laikomi vadovaujantis *Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarka. Vaistai yra laikomi mokyklos slaugytojos kabinete.

6. GALIMOS LĖTINĖS NEINFEKcinĖS LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS PASIREIŠKUS

Ar gali mokiniui mokymosi metu mokykloje paūmėti liga, reikėti vartoti vaistus ar kitaip padėti?

Taip

☐

Ne

☐

Jei taip, užpildykite toliau pateiktą lentelę (-es) apie ligos paūmėjimo simptomus ir taikytinas neatidėliotinas pagalbos priemones jai pasireiškus. Kiekvienai paūmėjimo būklei apibūdinti užpildykite atskirą lentelę.

Kokie jūsų vaikui būdingi ligai simptomai? (Išvardykite)	
Kas išprovokuoja jūsų vaiko ligos paūmėjimą? (Išvardykite)	
Ar jūsų vaikui reikalinga pagalba vartojant vaistus?	☐ Taip ☐ Ne
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? (Išvardykite)	

7. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU		
Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų mokykloje metu?	Taip	☐
	Ne	☐

Jei taip, užpildykite toliau pateiktą lentelę, nurodykite, kokios pagalbos reikia, kada ir kaip ji turi būti suteikta.

Kokios pagalbos reikia?	
-------------------------	--

8. FIZINIS AKTYVUMAS		
Ar reikia specialios pagalbos mokinio fizinio aktyvumo metu?	Taip	☐
	Ne	☐

Jei taip, užpildykite toliau pateiktą lentelę, nurodykite reikalingus pagalbos veiksmus prieš, per ir po fizinio ugdymo pamokos.

Pagalbos veiksmai prieš /per/po fizinio ugdymo pamokos :	
--	--

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

Jei taip, užpildykite toliau pateiktą lentelę, apibūdinkite galimą mokinio sveikatos būklės poveikį mokymuisi ir reikalingą pagalbą.

Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti mokymąsi?	
Kokios pagalbos reikia mokinio mokymuisi?	

Ar gali mokiniui reikėti išeiti iš klasės pamokos metu?	Taip	☐
	Ne	☐
Ar reikia mokiniui papildomos poilsio pertraukėlės?	Taip	☐
	Ne	☐
Ar reikia mokiniui emocinės (psichologinės) pagalbos?	Taip	☐
	Ne	☐
Kokios kitos pagalbos reikia mokiniui? (Išvardinkite)		

10. IŠVYKOS IR VEIKLOS NE MOKYKLOJE

Kokios pagalbos reikia išvykų metu?	
Kada suteikti pagalbą?	

11. SUTIKIMAS

Sutinku, kad šiame plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo mokykloje poreikius. Suprantu ir sutinku, kad šiame susitarime pateikta informacija bus dalijamasi su mokyklos darbuotojais, padedančiais mano vaiko savirūpai ir ugdymui, mano vaiko sveikatos ir saugos tikslais. Įsipareigoju nedelsdamas informuoti mokyklos atstovus apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio plano įgyvendinimui.

Sutinku, kad:

- ☐ mokykla mano vaikui reikalingus vartoti vaistus mokykloje administruotų Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka;
- ☐ mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą vaiko vartojimui šiame plane nurodytu metu, dozėmis, būdais, taip pat ir teiks pagalbą ligos paūmėjimo atvejais, kaip nurodyta šiame plane;
- ☐ esu susipažinęs su mokyklos man pateiktu Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas

Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas ir pavardė:	
Parašas:	

12. MOKYKLOS DARBUOTOJAI

Mokyklos įgalioto asmens, darbuotojų, dalyvausiančių savirūpos plano įgyvendinime, vardai, pavardės, parašai

Mokyklos vardu **sutinku** su šiame plane nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, **esu atsakingas** už tai, kad mokykla imtųsi plane pateiktų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsdamas informuoti mokinio tėvus (globėjus, rūpintojus), plano vykdytojus, **peržiūrėti** planą, jei įvyktų kokių nors pokyčių, kurie gali turėti įtakos šio plano įgyvendinimui.

Įsipareigoju paskirti mokyklos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už plano ar atskirų jo dalių įgyvendinimą.

Mokyklos vadovo arba įgalioto atstovo parašas

Vardas ir pavardė:	
Pareigos:	
Parašas:	

Sutinku padėti mokyklai įgyvendinti šiame plane pateiktas asmens sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijas šiam mokiniui ir atlikti šiuos plane nurodytus veiksmus mano darbo mokykloje grafike nustatytu darbo laiku.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą mokykloje, parašas

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

Parašas:	
----------	--

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jei pridedama):

1. _____

2. _____

3. _____

Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo

3 priedas

INDIVIDUALUS PAGALBOS UGDYTINIO SAVIRŪPAI, KAI UGDYTINIS SERGA EPILEPSIJA, TEIKIMO VILNIAUS „ATGAJOS“ SPECIALIOJOJE MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos ugdytinio savirūpai, kai ugdytinis serga epilepsija, teikimo ugdymo įstaigoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp ugdytinio tėvų (globėjų, rūpintojų), ugdymo įstaigos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą ugdymo įstaigoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos ugdytinio, sergančio epilepsija savirūpai ugdymo įstaigoje poreikiai ir reikiama pagalba ugdytinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. DUOMENYS APIE MOKINĮ (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Vardas ir pavardė:
Gimimo data:
Gyvenamosios vietos adresas:
Klasė / grupė:
Plano sudarymo data:
Plano koregavimo data:
2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI (pildo mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai))
Pirmas kontaktas
Vardas ir pavardė:
Giminystės ryšys:
Telefono Nr.:
El. pašto adresas:
Antras kontaktas
Vardas ir pavardė:
Giminystės ryšys:
Telefono Nr.:
El. pašto adresas:

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTAI (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Pirmas asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono Nr.:
El. pašto adresas:
Antras asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono Nr.:
El. pašto adresas:
Trečias asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono Nr.:
El. pašto adresas:
4. INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų) (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Diagnozė:
Tarptautinis ligos kodas:
Gydytojo išvados:
Gydytojo rekomendacijos:
Paskirti vaistai:
Vaistų naudojimo instrukcija (kartai per dieną, tikslus laikas):
Galimos vartojamų vaistų alerginės reakcijos:
Galimi vartojamų vaistų šalutiniai poveikiai :
5. INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ (pildo mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai))

Sveikatos būklės apibūdinimas (ar dažnai kartojasi priepuoliai, kada įvyko paskutinis, ar būna kokių ženklų, pagal kuriuos būtų galima nuspėti, kad prasidės priepuolis)
Pasireiškiančios alerginės reakcijos, netoleravimai:
Pasireiškiantys elgesio, emocijų ir kt. požymiai:
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pavartojus paskirtus vaistus:
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pamiršus pavartoti paskirtus vaistus:
Aplinkos veiksniai galintys išprovokuoti / pabloginti priepuolius / sveikatos būklę:
Veiksniai padedantys stabilizuoti sveikatos būklę:
Mokinio sveikatos būklės įtaka ugdymo(si) procesui:
Mokinio sveikatos būklės įtaka veiklai už mokyklos ribų (išvykų, kelionių ir kt.):
Fizinio aktyvumo toleravimas:
Mitybos ypatumai:
Pedagogų veiksmai, galintys padėti mokiniui:
Specialistų (VSS, psichologo, soc. pedagogo ir kt.) veiksmai, galintys padėti mokiniui:
6. TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) SUTIKIMAS
Sutinku, kad šiame plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo mokykloje poreikius. Suprantu ir sutinku, kad informacija bus dalijamasi su mokyklos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme. Įsipareigoju nedelsiant informuoti mokyklą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio plano įgyvendinimui. Susipažinau su individualiu mokinio savirūpos planu. Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarančių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu. Aš sutinku, kad (reikiamą atsakymą pažymėti varnele): - o Reikalingus vartoti vaistus mokykloje, administruotos paskirtas mokyklos darbuotojas. - o Mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą mokiniui, plane nurodytu laiku, dozėmis, būdais. - o Mokinsys su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą.
Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė, parašas
7. MOKYKLOS DARBUOTOJAI
Mokyklos įgalioto asmens, darbuotojų, dalyvausiančių savirūpos plano įgyvendinime, vardai, pavardės, parašai

Mokyklos VSS vardas, pavardė, parašas
Mokyklos vadovo vardas, pavardė, parašas

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jei pridedama):

1. _____, X lapų.
2. _____, X lapų.
3. _____, X lapų.

Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo

4 priedas

INDIVIDUALUS PAGALBOS UGDYTINIO SAVIRŪPAI, KAI UGDYTINIS SERGA ANAFILAKSIJA, TEIKIMO „ATGAJOS“ SPECIALIOJOJE MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos ugdytinio savirūpai, kai ugdytinis serga anafilaksija, teikimo ugdymo įstaigoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp ugdytinio tėvų (globėjų, rūpintojų), ugdymo įstaigos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą ugdymo įstaigoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos ugdytinio, sergančio anafilaksija, savirūpai ugdymo įstaigoje poreikiai ir reikiama pagalba ugdytinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. DUOMENYS APIE MOKINĮ (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)

Vardas ir pavardė:

Gimimo data:

Gyvenamosios vietos adresas:

Klasė:

Plano sudarymo data:

Plano koregavimo data:

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI (pildo mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai))

Pirmas kontaktas:

Vardas ir pavardė:

Giminystės ryšys:

Telefono nr.:

El. pašto adresas:

Antras kontaktas

Vardas ir pavardė:

Giminystės ryšys:

Telefono nr.:

El. pašto adresas:

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINAT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTAI (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Pirmas asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono nr.:

El. pašto adresas:
Antras asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono nr.:

El. pašto adresas:
Trečias asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono nr.:

El. pašto adresas:
4. INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų) (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Diagnozė:
Tarptautinis ligos kodas:
Gydytojo išvados:
Gydytojo rekomendacijos:
Paskirti vaistai:
Vaistų naudojimo instrukcija (kartai per dieną, tikslus laikas):
Galimos vartojamų vaistų alerginės reakcijos:

Galimi vartojamų vaistų šalutiniai poveikiai:
5. INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ (pildo mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai))
Sveikatos būklės apibūdinimas:
Pasireiškiančios alerginės reakcijos, netoleravimai:
Pasireiškiantys elgesio, emocijų ir kt. požymiai:
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pavartojus paskirtus vaistus:
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pamiršus pavartoti paskirtus vaistus:
Aplinkos veiksniai galintys išprovokuoti / pabloginti priepuolius / sveikatos būklę:
Veiksniai padedantys stabilizuoti sveikatos būklę:
Mokinio sveikatos būklės įtaka ugdymo(si) procesui:
Mokinio sveikatos būklės įtaka veiklai už mokyklos ribų (išvykų, kelionių ir kt.):
Fizinio aktyvumo toleravimas:
Mitybos ypatumai:
Pedagogų veiksmai, galintys padėti mokiniui:
Specialistų (VSS, psichologo, soc. pedagogo ir kt.) veiksmai, galintys padėti mokiniui:
6. TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) SUTIKIMAS
Sutinku, kad šiame plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo mokykloje poreikius. Suprantu ir sutinku, kad informacija bus dalijamasi su mokyklos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme. Įsipareigoju nedelsiant informuoti mokyklą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio plano įgyvendinimui. Susipažinau su individualiu mokinio savirūpos planu. Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarančių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu. Aš sutinku, kad (reikiamą atsakymą pažymėti varnele): ☐ Reikalingus vartoti vaistus mokykloje, administruos paskirtas mokyklos darbuotojas. ☐ Mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą mokiniui, plane nurodytu laiku, dozėmis, būdais. ☐ Mokinys su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą.
Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė, parašas:
7. MOKYKLOS DARBUOTOJAI
Mokyklos įgalioto asmens, darbuotojų, dalyvausiančių savirūpos plano įgyvendinime, vardai, pavardės, parašai:

Mokyklos VSS vardas, pavardė, parašas:
Mokyklos vadovo vardas, pavardė, parašas:

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jei pridedama):

1. _____, X lapų.
2. _____, X lapų.
3. _____, X lapų.

Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo
5 priedas

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

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga bronchų astma, teikimo Mokykloje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Mokyklos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio bronchų astma, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO DUOMENYS		
Mokinio nuotrauka	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Mokykla:	
	Grupė / klasė:	
Mokyklos adresas:	Gatvė, namo nr.:	
	Miestas / rajonas:	
	Pašto kodas:	
Gyvenamosios vietos adresas:	Gatvė, namo nr.:	
	Miestas / rajonas:	
	Pašto kodas:	
PLANO sudarymo data:		
PLANO peržiūros data:		

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Pirmas kontaktas – Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	Mobilus:	
	Darbo:	
Elektroninio pašto adresas:		

Antras kontaktas – 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 MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA

Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas Mokykloje:	
	Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:	
Grupės / klasės auklėtojas (-ai):	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas Mokykloje:	
Kiti svarbūs asmenys:	...	...
...	...	

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, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:				
Alergijos:				

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Ar mokinys reguliariai vartoja	Taip	☐
	Ne	☐

vaistus už Mokyklos ribų?		
Jeigu taip, ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje mokymosi proceso metu?	Taip	☐
	Ne	☐
	Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE		
Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje?	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

Vaisto pavadinimas	Dozė	Vartojimo būdas	Vartojimo laikas/ dažnis

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

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI BRONCHŲ ASTMOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMŲ JOMS IŠTIKUS		
Bronchų astmos paūmėjimas - būklė, kai minutėmis, valandomis ar dienomis progresuoja dusulys, kosulys, švilpimas krūtinėje ir (ar) krūtinės veržimas, blogėja plaučių funkcijos rodikliai. Bet kurio sunkumo astmos metu galimi lengvi, vidutinio sunkumo, sunkūs ar gresiantys kvėpavimo sustojimu astmos paūmėjimai.		
Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	Taip	☐
	Ne	☐

Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę (-es) apie ligos paūmėjimo būklės (-ių) atpažinimo simptomus ir taikytinas neatidėliotinas pagalbos priemones joms pasireiškusioms. 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; ☐ gyvūnų alergenai; ☐ tarakonų alergenai; ☐ patalpų pelėsiai; ☐ patalpų teršalai; ☐ vaistai; ☐ žiedadulkės; ☐ stresas;	☐ sportas / fizinė veikla; ☐ oro sąlygos; ☐ peršalimas / gripas; ☐ oro tarša (tabako dūmai); ☐ kita (išvardinkite):
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 stebėseną Mokykloje?	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 Mokykloje?	
Kada jas reikia taikyti?	

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE 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 yra reikalinga?	
-------------------------------	--

9. FIZINIS AKTYVUMAS		
Ar reikalingi kokie 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. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA		
Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę?	Taip	☐
	Ne	☐
Kokie Mokyklos fizinės aplinkos veiksniai gali		

turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?	
Kokių veiksmų reikėtų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS 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 Mokyklos ribų metu?	

13. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS		
Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos 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:

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 savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys 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 savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinyss serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

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

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas	
Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas ir pavardė:	
Parašas:	

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Mokykla imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti mokinio tėvus (globėjus, rūpintojus), PLANO vykdytojus bei **peržiūrėti** PLANĄ, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Įsipareigoju paskirti Mokyklos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

Mokyklos vadovo arba įgalioto atstovo parašas	
Vardas ir pavardė:	
Pareigos:	
Parašas:	

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

- 1.
- 2.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje parašas	
Visuomenės sveikatos specialisto vardas ir pavardė:	
Parašas:	

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jeigu pridedama):

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

Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo

6 priedas

INDIVIDUALUS PAGALBOS UGDYTINIO SAVIRŪPAI, KAI UGDYTINIS SERGA CUKRINIŲ DIABETU, TEIKIMO „ATGAJOS“ SPECIALIOJOJE MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos ugdytinio savirūpai, kai ugdytinis serga cukriniu diabetu, teikimo ugdymo įstaigoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp ugdytinio tėvų (globėjų, rūpintojų), ugdymo įstaigos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą ugdymo įstaigoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos ugdytinio, sergančio cukriniu diabetu, savirūpai ugdymo įstaigoje poreikiai ir reikiama pagalba ugdytinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO DUOMENYS		
	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Mokykla:	
	Grupė / klasė:	
Mokyklos adresas:	Gatvė, namo nr.:	
	Miestas / rajonas:	
	Pašto kodas:	
Gyvenamosios vietos adresas:	Gatvė, namo nr.:	
	Miestas / rajonas:	
	Pašto kodas:	
PLANO sudarymo data		
PLANO peržiūros data		

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Pirmas kontaktas – Vardas ir pavardė:		
	Giminystės ryšys:	
Telefono numeris:	Mobilus:	
	Darbo:	
Elektroninio pašto adresas:		
Antras kontaktas – 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 MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:
	Darbo grafikas Mokykloje:	
	Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:	
Grupės / klasės auklėtojas (-ai):	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:
	Darbo grafikas Mokykloje:	
Kiti svarbūs asmenys:	...	...
...	...	

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ	
Diabeto tipas (pažymėkite)	☐ I tipas ☐ 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.: ☐ pieno produktams; ☐ kiaušiniui; ☐ lateksui; ☐ 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):	☐ Insulino injekcijomis kiekvieno valgymo metu; ☐ insulino injekcijomis – pompa; ☐ keliomis insulino injekcijomis per dieną (injekcijos mokykloje nereikalingos); ☐ kita (išvardinkite):
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje?	☐ Taip ☐ Ne
Jeigu taip , koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	☐ Hipoglikemija; ☐ injekcijos vietose gali atsirasti tokios reakcijos kaip skausmas, paraudimas, dilgėlinė, tinimas ir niežėjimas; ☐ alerginės reakcijos: dilgėlinė, liežuvio ir lūpų tinimas, viduriavimas, pykinimas, nuovargis; ☐ kita:

5.2. GLIUKOZĖS TYRIMAS KRAUJYJE

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

- ☐ mokinys savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (reikia tik stebėti);
☐ mokinys savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (stebėti nereikia).

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

5.3. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui vartoti Mokykloje insuliną?	Taip	☐
	Ne	☐
	Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	

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

- ☐ Insulinas suleidžiamas švirkštikliu (penu);
☐ insulinas suleidžiamas pompa.

Insulino pavadinimas	Dozė	Suleidimo laikas	Vaisto naudojimo administravimas
			Išsamiai aprašykite kaip administruojamas vaisto naudojimas: ☐ insulinas turėtų būti aiškiai paženklintas vaiko vardu ir laikomas vadovaujantis Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarka; ☐ insuliną vaikui leidžia tėtis/mama ARBA Insuliną susileidžia pats vaikas, reikalinga jį išduoti vaikui kiekvieną darbo dieną ____ val. ☐ kita: _____

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

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

Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu 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 hipoglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?

Kas išprovokuoja hipoglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite)

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

Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?	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 liežuvis neužblokuotų kvėpavimo takų; 2 žingsnis. Skubiai kviečiame GMP (skambinama telefonu 112) – pranešama, kad mokinys prarado sąmonę ir serga CD. Nepalikite mokinio vieno; 3 žingsnis. Susisiekite su mokinio tėvais.
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)	☐ insulino deficitas, dėl neadekvačios insulino terapijos, nesusileidus insulino 12–24 valandas, taip pat tada, kai staiga padidėja insulino poreikis; ☐ insulino deficitas, dėl insulino pompos gedimo (kateterio mechaninio suspaudimo, atsijungimo, nepastebėto adatos iškritimo); ☐ ūminės infekcijos, padidinančios insulino poreikį (pneumonija, šlapimo takų infekcija, gastroenteritas ir kitos); ☐ ūmios sunkios kitų organų ligos, traumos; ☐ vaistai; ☐ kita (išvardinkite): _____

Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? (papildykite, koreguokite jei reikia)	Jei gliukozės kiekis kraujyje viršija mmol/l, kai nėra jokių kitų simptomų: ☐ duoti gerti daug skysčių. Geriausia tinka negazuotas mineralinis vanduo (galima gerti ir silpnai gazuotą vandenį); ☐ leiskite mokiniui laisvai išeiti į tualetą. ☐ ribokite mokiniui fizinį krūvį. ☐ kita: _____ _____ — Jei vis tiek viršijammol/l. ☐ Kreiptis į tėvus, mokiniui gali prireikti ypač greito veikimo insulino. Jei mažiau nei mmol/l: ☐ Kartoti gliukozės kraujyje tyrimą prieš kitą valgį; ☐ radus padidėjusį gliukozės kiekį kraujyje, kai vaikas pradeda vemti, giliai alsuoti, pasidaro vangus, netenka sąmonės būtina: ○ Nedelsiant kviešti GMP; ○ vykdyti GMP nurodymus; ○ informuoti tėvus / globėjus; ○ ...
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	Pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Mokykloje?	Taip	☐
	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?	Pvz.: Gliukozės kiekio kraujyje kontrolė.
Kada jas reikia taikyti?	☐ prieš valgį; ☐ prieš kūno kultūros pamokas; ☐ kai vaikas jaučiasi blogai.
Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)?	☐ gliukomatis, adatėlės; ☐ kita (įrašykite):

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE 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 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 speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu?	Taip	☐
	Ne	☐
Jeigu taip išvardinkite:	☐ prieš fizinio ugdymo pamokas vaikas turi pasimatuoti gliukozės kiekį kraujyje. Priminkite vaikui tai padaryti prieš kiekvieną fizinio ugdymo pamoką; ☐ 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.	

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? (išvardinkite)	Pvz.: negali susikaupti, dėmesio stoka, mieguistumas ir pan.
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?	Nurodykite

11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

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

12. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS

Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokiniui, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai

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

13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS

Kokios atliekos gali	☐ panaudoti švirkštai;
----------------------	---

susidaryti	☐ juostelės; ☐ vaistų pakuotės; ☐ kita: _____ _____
Atliekų laikymo tara ir vieta	☐ specialus konteineris ar sandariai uždaroma plastikinė dėžutė ar kita tara laikomi Sveikatos kabinete; ☐ atliekų laikymo tara Mokyklą aprūpina tėvai (globėjai, rūpintojai); ☐ atliekų laikymo tara Mokykla apsirūpina pati; ☐ kita: _____
Atliekų šalinimo periodiškumas	Pvz.: kartą per savaitę.
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai 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 savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys 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 savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

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

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas

Tėvo (globėjo, rūpintojo)
vardas ir pavardė:

Parašas:

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su šia PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Mokykla imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti mokinio tėvus (globėjus, rūpintojus), PLANO vykdytojus bei **peržiūrėti** PLANĄ, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Įsipareigoju paskirti Mokyklos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

Mokyklos vadovo arba įgalioto atstovo parašas	
Vardas ir pavardė:	
Pareigos:	
Parašas:	

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

- 1.
- 2.
3.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje parašas	
Visuomenės sveikatos specialisto vardas ir pavardė:	
Parašas:	

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jeigu pridedama):

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

Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo

7 priedas

INDIVIDUALUS PAGALBOS UGDY TINIO SAVIRŪPAI, KAI UGDYTINIS SERGA DERMATITU, TEIKIMO „ATGAJOS“ SPECIALIOJOJE MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos ugdytinio savirūpai, kai ugdytinis serga dermatitu, teikimo ugdymo įstaigoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp ugdytinio tėvų (globėjų, rūpintojų), ugdymo įstaigos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą ugdymo įstaigoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos ugdytinio, sergančio dermatitu, savirūpai ugdymo įstaigoje poreikiai ir reikiama pagalba ugdytinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO DUOMENYS

	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Mokykla:	
	Grupė / klasė:	
Mokyklos adresas:	Gatvė, namo nr.:	
	Miestas / rajonas:	
	Pašto kodas:	
Gyvenamosios vietos adresas:	Gatvė, namo nr.:	
	Miestas / rajonas:	
	Pašto kodas:	
PLANO sudarymo data		
PLANO peržiūros data		

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA

Pirmas kontaktas –		
Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:	Mama	
Telefono numeris:	Mobilus:	
	Darbo:	
Elektroninio pašto adresas:		

Antras kontaktas –		
Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:	Tėvas	
Telefono numeris:	Mobilus:	
	Darbo:	
Elektroninio pašto adresas:		

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA

Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas Mokykloje:	
	Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:	
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas Mokykloje:	
Kiti svarbūs asmenys:		
Direktoriaus pavaduotojas ugdymui:		

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ

Koks Jūsų vaikai nustatyto dermatito tipas?	☐ Atopinis dermatitas	☐ Kontaktinis dermatitas	☐ Seborėjinis dermatitas
Sveikatos būklės apibūdinimas:			
Kokie bendri simptomai būdingi jūsų vaikui?	☐ Intensyvus niežėjimas; ☐ Miego sutrikimai; ☐ Paryškėjęs odos piešinys; ☐ Nuo kasyimo atsiradusios stigmos (atsivėrę žaizdos); ☐ Gali pakisti tuštinimasis – viduriavimas, vidurių užkietėjimas; ☐ Riebi, patinusi oda; ☐ Baltos arba gelsvos pleiskanos; ☐ Pilvo skausmai; ☐ Pilvo pūtimas; ☐ Kita (išvardinkite): odos deginimas, tinimas, paraudimas, sloga, dilgėlinės tipo bėrimas.		
Alergijos: (nurodykite)	☐ Namų dulkių erkių alergenai; ☐ Gyvūnų alergenai; ☐ Maisto alergenai; ☐ Patalpų pelėsiai; ☐ Patalpų teršalai; ☐ Vaistai;		

	☐ Žiedadulkės; ☐ Stresas;
	☐ Oro sąlygos;
	☐ Oro tarša;
	☐ Kita (išvardinkite): žuvis, jūros gėrybės.

5. VAISTŲ VARTOJIMAS		
5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ		
Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Mokyklos ribų?	Taip	☐
	Ne	☐
Jeigu taip, ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje mokymosi proceso metu?	Taip	☐
	Ne	☐
	Jeigu taip , nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE		
Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje?	Taip	☐
	Ne	☐
	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

Vaistai paženklinėti jūsų vaiko vardu, pavarde 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:

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI LĖTINĖS NEINFEKČINĖS LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMŲ 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 stebėseną Mokykloje?	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 Mokykloje?	
Kada jas reikia taikyti?	

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE 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 yra reikalinga?	
-------------------------------	--

9. FIZINIS AKTYVUMAS/PLAUKIMO PAMOKA (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 / plaukimo pamoką (ar lankymąsi baseine)	
Pagalbos veiksmai po fizinio ugdymo / plaukimo 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. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA

Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę?	Taip ☐
	Ne ☐
Kokie Mokyklos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?	
Kokių veiksmų reikėtų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ	
Kokia pagalba reikalinga?	
Kada reikia suteikti pagalbą?	
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

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

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas	
Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas ir pavardė:	
Parašas:	

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su šia PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Mokykla imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti mokinio tėvus (globėjus, rūpintojus), PLANO vykdytojus bei **peržiūrėti** PLANĄ, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Įsipareigoju paskirti Mokyklos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

Mokyklos vadovo arba įgalioto atstovo parašas	
Vardas ir pavardė:	
Pareigos:	
Parašas:	

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

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje parašas	
Visuomenės sveikatos specialisto vardas ir pavardė:	
Parašas:	

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jei pridedama):

1. _____, X lapų.
2. _____, X lapų.
3. _____, X lapų.

Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo

8 priedas

INDIVIDUALUS PAGALBOS UGDYTINIO SAVIRŪPAI, KAI UGDYTINIS SERGA REFLIUKSU, TEIKIMO „ATGAJOS“ SPECIALIOJOJE MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos ugdytinio savirūpai, kai ugdytinis serga refliksiu, teikimo ugdymo įstaigoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp ugdytinio tėvų (globėjų, rūpintojų), ugdymo įstaigos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą ugdymo įstaigoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos ugdytinio, sergančio refliksiu, savirūpai ugdymo įstaigoje poreikiai ir reikiama pagalba ugdytinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. DUOMENYS APIE MOKINĮ (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Vardas ir pavardė:
Gimimo data:
Gyvenamosios vietos adresas:
Klasė:
Plano sudarymo data:
Plano koregavimo data:
2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI (pildo mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai))
Pirmas kontaktas
Vardas ir pavardė:
Giminystės ryšys:
Telefono Nr.:
El. pašto adresas:
Antras kontaktas
Vardas ir pavardė:
Giminystės ryšys:
Telefono nr.:
El. pašto adresas:

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINAT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTAI (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Pirmas asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono Nr.:
El. pašto adresas:
Antras asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono nr.:
El. pašto adresas:
Trečias asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono nr.:
El. pašto adresas:
4. INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų) (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Diagnozė:
Tarptautinis ligos kodas:
Gydytojo išvados:
Gydytojo rekomendacijos:
Paskirti vaistai:
Vaistų naudojimo instrukcija (kartai per dieną, tikslus laikas):
Galimos vartojamų vaistų alerginės reakcijos:

Galimi vartojamų vaistų šalutiniai poveikiai:
5. INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ (pildo mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai))
Sveikatos būklės apibūdinimas:
Pasireiškiančios alerginės reakcijos, netoleravimai:
Pasireiškiantys elgesio, emocijų ir kt. požymiai:
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pavartojus paskirtus vaistus:
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pamiršus pavartoti paskirtus vaistus::
Aplinkos veiksniai galintys išprovokuoti / pabloginti priepuolius / sveikatos būklę
Veiksniai padedantys stabilizuoti sveikatos būklę:
Mokinio sveikatos būklės įtaka ugdymo(si) procesui:
Mokinio sveikatos būklės įtaka veiklai už mokyklos ribų (išvykų, kelionių ir kt.):
Fizinio aktyvumo toleravimas:
Mitybos ypatumai:
Pedagogų veiksmai, galintys padėti mokiniui:
Specialistų (VSS, psichologo, soc. pedagogo ir kt.) veiksmai, galintys padėti mokiniui:
6. TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) SUTIKIMAS
Sutinku, kad šiame plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo mokykloje poreikius. Suprantu ir sutinku, kad informacija bus dalijamasi su mokyklos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme. Įsipareigoju nedelsiant informuoti mokyklą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio plano įgyvendinimui. Susipažinau su individualiu mokinio savirūpos planu. Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarančių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu. Aš sutinku, kad (reikiamą atsakymą pažymėti varnele): - o Reikalingus vartoti vaistus mokykloje, administruotos paskirtas mokyklos darbuotojas. - o Mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą mokiniui, plane nurodytu laiku, dozėmis, būdais. - o Mokinys su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą.
Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė, parašas
7. MOKYKLOS DARBUOTOJAI
Mokyklos įgalioto asmens, darbuotojų, dalyvausiančių savirūpos plano įgyvendinime, vardai, pavardės, parašai

Mokyklos VSS vardas, pavardė, parašas
Mokyklos vadovo vardas, pavardė, parašas

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jei pridedama):

1. _____, X lapų.
2. _____, X lapų.
3. _____, X lapų.

Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo
9 priedas

INDIVIDUALUS PAGALBOS UGDYTINIO SAVIRŪPAI, KAI UGDYTINIS SERGA REUMATU, TEIKIMO „ATGAJOS“ SPECIALIOJOJE MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos ugdytinio savirūpai, kai ugdytinis serga reumatu, teikimo ugdymo įstaigoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp ugdytinio tėvų (globėjų, rūpintojų), ugdymo įstaigos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą ugdymo įstaigoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos ugdytinio, sergančio reumatu, savirūpai ugdymo įstaigoje poreikiai ir reikiama pagalba ugdytinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. DUOMENYS APIE MOKINĮ (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Vardas ir pavardė:
Gimimo data:
Gyvenamosios vietos adresas:
Klasė:
Plano sudarymo data:
Plano koregavimo data:
2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI (pildo mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai))
Pirmas kontaktas
Vardas ir pavardė:
Giminystės ryšys:
Telefono nr.:
El. pašto adresas:
Antras kontaktas
Vardas ir pavardė:
Giminystės ryšys:
Telefono nr.:
El. pašto adresas:

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINAT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTAI (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Pirmas asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono nr.:
El. pašto adresas:
Antras asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono nr.:
El. pašto adresas:
Trečias asmuo
Vardas ir pavardė:
Pareigos:
Darbo grafikas:
Telefono nr.:
El. pašto adresas:
4. INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų) (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)
Diagnozė:
Tarptautinis ligos kodas:
Gydytojo išvados:
Gydytojo rekomendacijos:
Paskirti vaistai:
Vaistų naudojimo instrukcija (kartai per dieną, tikslus laikas):

Galimos vartojamų vaistų alerginės reakcijos:
Galimi vartojamų vaistų šalutiniai poveikiai:
5. INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ (pildo mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai))
Sveikatos būklės apibūdinimas:
Pasireiškiančios alerginės reakcijos, netoleravimai:
Pasireiškiantys elgesio, emocijų ir kt. požymiai:
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pavartojus paskirtus vaistus:
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pamiršus pavartoti paskirtus vaistus:
Aplinkos veiksniai galintys išprovokuoti / pabloginti priepuolius / sveikatos būklę:
Veiksniai padedantys stabilizuoti sveikatos būklę:
Mokinio sveikatos būklės įtaka ugdymo (si) procesui:
Mokinio sveikatos būklės įtaka veiklai už mokyklos ribų (išvykų, kelionių ir kt.):
Fizinio aktyvumo toleravimas:
Mitybos ypatumai:
Pedagogų veiksmai, galintys padėti mokiniui:
Specialistų (VSS, psichologo, soc. pedagogo ir kt.) veiksmai, galintys padėti mokiniui:
6. TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) SUTIKIMAS
Sutinku, kad šiame plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo mokykloje poreikius. Suprantu ir sutinku, kad informacija bus dalijamasi su mokyklos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme. Įsipareigoju nedelsiant informuoti mokyklą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio plano įgyvendinimui. Susipažinau su individualiu mokinio savirūpos planu. Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarančių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu. Aš sutinku, kad (reikiamą atsakymą pažymėti varnele): - o Reikalingus vartoti vaistus mokykloje, administruoti paskirtas mokyklos darbuotojas. - o Mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą mokiniui, plane nurodytu laiku, dozėmis, būdais. - o Mokinys su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą.
Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė, parašas
7. MOKYKLOS DARBUOTOJAI
Mokyklos įgalioto asmens, darbuotojų, dalyvausiančių savirūpos plano įgyvendinime, vardai, pavardės, parašai

Mokyklos VSS vardas, pavardė, parašas
Mokyklos vadovo vardas, pavardė, parašas

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jei pridedama):

1. _____, X lapų.
2. _____, X lapų.
3. _____, X lapų.

Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašo

10 priedas

VAISTŲ IŠDAVIMO MOKINIUI REGISTRACIJOS FORMA

Mokinio vardas, pavardė, gimimo metai, klasė:

.....

Paskirtas vaisto pavadinimas, dozē, īšdavimo laiks, vartojimo būdas:

.....

.....

[illegible]