

PATVIRTINTA

Kelmės „Aukuro“ pagrindinės mokyklos
direktorius 2024 m. lapkričio 22 d.
įsakymu Nr. VT-24

**KELMĖS „AUKURO“ PAGRINDINĖS MOKYKLOS
PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS
UŽTIKRINIMO, JEIGU MOKINYS SERGA LĖTINE NEINFEKCIŠNE LIGA,
TVARKOS APRAŠAS**

I. BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Mokinių sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (toliau – LNL) savirūpos proceso organizavimo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato mokinių savirūpos proceso organizavimą Kelmės „Aukuro“ pagrindinėje mokykloje (toliau – Ugdymo įstaiga), Ugdymo įstaigos atsakomybę ir pareigas, mokinių tėvų (globėjų, rūpintojų) atsakomybę ir pareigas.

2. Aprašo tikslas – užtikrinti sklandų savirūpos proceso organizavimą Ugdymo įstaigoje.

3. Mokinio sergančio LNL savirūpos įgyvendinimo procese dalyvauja mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai), Ugdymo įstaigos vadovas ar jo įgaliotas atstovas, Ugdymo įstaigos visuomenės sveikatos specialistas (toliau – VSS), mokinių ugdatys mokytojai ir kiti švietimo pagalbos specialistai.

4. Savirūpos procesas organizuojamas atsižvelgiant į mokinio poreikius ir tiksliai gydytojų rekomendacijas pagal mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų) ir Ugdymo įstaigos darbuotojų parengtą savirūpos planą (1, 2, 3, 4 priedai).

5. Aprašas parengtas vadovaujantis:

5.1. 2019 m. gruodžio 11 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro įsakymu Nr. V-1428/V-1465 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymo Nr. V-1035/ISAK-2680 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

5.2. Lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (cukriniu diabetu, bronchų astma, dermatitu, epilepsija) sergančių vaikų, ugdomų bendrojo ugdymo įstaigose, sveikatos priežiūros mokyklose metodinėmis rekomendacijomis, parengtomis 2020 m. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro.

II. SĄVOKOS IR APIBRĖŽIMAI

6. Apraše naudojamos sąvokos ir apibrėžimai:

6.1. **Lėtinės neinfekcinės ligos** – ilgos trukmės ir paprastai lėtai progresuojančios ligos, tokios kaip širdies ir kraujagyslių ligos, vėžys, cukrinis diabetas, lėtinės kvėpavimo takų ligos ir psichikos sveikatos sutrikimai, kaip tai nustatyta Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijoje, patvirtintoje LR Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-96413.

6.2. **Mokinys** – asmuo, kuris mokosi Ugdymo įstaigoje.

6.3. **Tėvai (globėjai, rūpintojai)** – ugdytinio atstovai pagal įstatymą, kaip tai nustatyta Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme, tai yra vaiko tėvai, vaiką įvaikinus – įtėviai, nustačius globą ar rūpybą – globėjai ar rūpintojai, įstatymų nustatytais atvejais – valstybinė vaiko teisių apsaugos institucija.

6.4. **Savirūpa** – ugdytinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, gebėjimas saugoti sveikatą, prisitaikyti prie aplinkos sąlygų, apsaugoti nuo ligos komplikacijų, sveikatos būklės pablogėjimo atpažinimas ir gebėjimas pačiam vykdyti gydytojo paskirtą gydymą savarankiškai, su šeimos ar Ugdymo įstaigos darbuotojų pagalba, kaip tai nustatyta Plane.

6.5. **Individualus savirūpos planas** – individualiai pagal gydytojo rekomendacijas ir tėvų lūkesčius parengtas veiksmų planas, užtikrinantis sklandžią savirūpos proceso eigą.

6.6. **Įgaliotas atstovas** – Ugdymo įstaigos direktoriaus įsakymu paskirtas asmuo, atsakingas už savirūpos pagalbos organizavimą.

III. SAVIRŪPOS PROSESO ORGANIZAVIMAS UGDYMO ĮSTAIGOJE

7. Savirūpos procesas Ugdymo įstaigoje organizuojamas, jei:

7.1. mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai), rašydami prašymą dėl priėmimo/pasirašydami Mokymo sutartį su Ugdymo įstaiga, pažymi, kad mokinys serga LNL ir jam reikalinga pagalba savirūpai;

7.2. mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) raštu praneša Ugdymo įstaigai apie esantį/atsiradusį savirūpos organizavimo poreikį mokiniui;

7.3. Ugdymo įstaigos VSS apie savirūpos poreikį mokiniui, informaciją gauna analizuodamas mokinio sveikatos duomenis vaikų sveikatos stebėsenos informacinėje sistemoje (VSS IS). \

8. Savirūpos proceso organizavimo eiga:

8.1. gavus informaciją apie mokiniui reikalingą pagalbą, Ugdymo įstaigos įgaliotas atstovas inicijuoja susitikimą. Jo metu mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) supažindinami su Ugdymo įstaigos galimybėmis organizuoti ugdytinio savirūpai reikalingą pagalbą, aptariama individualaus savirūpos plano (toliau – Planas) būtinybė bei jo parengimas;

8.2. Ugdymo įstaigos įgaliotas atstovas rengia Planą pagal tiksliai, aiškiai išdėstytas gydytojo rekomendacijas bei tėvų išsakytus lūkesčius.

8.3. Ugdymo įstaigos įgaliotas atstovas supažindina ugdytinio tėvus (globėjus, rūpintojus) su Planu.

8.4. Tėvai (globėjai, rūpintojai) užpildo plane jiems priskirtas dalis.

8.5. Planas suderinamas su tėvais (globėjais, rūpintojais), vienam iš tėvų pasirašant.

8.6. Planas suderinamas su Ugdymo įstaigos VSS, pasirašant.

8.7. Įgaliotas atstovas supažindina Planą įgyvendinančius Ugdymo įstaigos darbuotojus.

8.8. Planas gali būti koreguojamas pasikeitus mokinio sveikatos būklei.

8.9. Tėvai (globėjai, rūpintojai) gali atsisakyti savirūpos ugdytiniui organizavimo, atsisakymą išreikšdami raštiškai (priedas Nr. 5).

9. Savirūpos planas sudaromas dvejiems mokslo metams nuo pasirašymo pradžios.

IV. MOKINIŲ, SERGANČIŲ LĒTINĖMIS NEINFEKČINĖMIS LIGOMIS, UGDYMO ĮSTAIGOJE VARTOJAMŲ VAISTŲ ADMINISTRAVIMAS (LAIKYMAS, IŠDAVIMAS, NAUDOJIMAS IR KT.)

10. Mokiniui reikalingi vartoti Ugdymo įstaigoje vaistai turi būti laikomi Ugdymo įstaigos sveikatos kabinete ar kitoje rakinamoje patalpoje vaistų aprašymuose nurodytomis vaistų laikymo sąlygomis, užtikrinant, kad prie vaistų prieigą turėtų tik vaistus mokiniui išduodantis asmuo.

11. Ugdymo įstaigoje mokiniui išduodami vartoti tik plane nurodyti vaistai, jame nurodytomis vaistų vartojimo dozėmis, laiku, vartojimo būdu.

12. Tėvai (globėjai, rūpintojai) Ugdymo įstaigai vaistus turi pateikti originalioje pakuotėje su informaciniu lapeliu. Ant pakuotės turi būti užrašytas mokinio, kuriam skirti vaistai, vardas ir pavardė, klasė. Visais atvejais pirma vaistų dozė turėtų būti suvartota mokiniui esant namie.

13. Vaistus mokiniui gali pateikti Ugdymo įstaigos visuomenės sveikatos specialistas, visuomenės sveikatos specialisto nedarbo metu – Ugdymo įstaigos vadovo paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą mokiniui.

14. Vaistus mokiniui Ugdymo įstaigoje gali pateikti ir mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai).

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

15.1. plane esančio vaisto pavadinimą;

15.2. vaisto galiojimo laiką. Pasibaigus vaisto galiojimo laikui, duoti vaistą mokiniui draudžiama; pasibaigusio galiojimo laikui vaistai gražinami mokinio tėvams (globėjams, rūpintojams);

15.3. mokinio, kuriam skirtas šis vaistas, vardą ir pavardę;

15.4. tikslią vaisto dozę;

15.5. vaisto vartojimo laiką;

15.6. vaisto vartojimo būdą.

16. Mokinys vaistą turi suvartoti stebint Ugdymo įstaigos visuomenės sveikatos specialistui ar kitam Ugdymo įstaigos vadovo paskirtam asmeniui, atsakingam už vaistų išdavimą mokiniui.

17. Ugdymo įstaigos visuomenės sveikatos specialistas ar kitas Ugdymo įstaigos vadovo paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą, privalo užregistruoti kiekvieną vaistų išdavimo konkrečiam mokiniui atvejį Vaistų išdavimo mokiniams registracijos žurnale, nurodant mokinio duomenis (vardą, pavardę, gimimo metus), datą, vaistų pavadinimą, dozę, vaistų išdavimo laiką, vartojimo būdą, vaistus išdavusio asmens vardą ir pavardę, pareigas (6 priedas).

18. Jei mokiniui reikia atlikti procedūrą, kuri priskirta asmens sveikatos priežiūros licencijuotoms paslaugoms, pvz., vaisto injekcija, kateterio įvedimas ir kt., tai atlieka mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai).

V. UGDYMO ĮSTAIGOS ATSAKOMYBĖ IR PAREIGOS

19. Ugdymo įstaiga įsipareigoja:

19.1. sudaryti sąlygas mokinio savirūpai organizuoti;

19.2. parengti individualų savirūpos planą;

19.3. organizuoti individualius pokalbius su mokinio tėvais (globėjais, rūpintojais).

20. Ugdymo įstaiga atsako už sklandų savirūpos proceso organizavimą, individualaus savirūpos plano sudarymą bei proceso koordinavimą.

VI. TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) ATSAKOMYBĖ IR PAREIGOS

21. Tėvai (globėjai, rūpintojai) įsipareigoja:

21.1. informuoti Ugdymo įstaigą apie savirūpos organizavimo poreikį;

21.2. suteikti reikiamą informaciją Plano rengimui;

21.3. pateikti gydytojų rekomendacijas;

21.4. atvykti į individualius susitikimus;

21.5. plane užpildyti tėvams (globėjams, rūpintojams) skirtas dalis ir pateikti reikiamą informaciją;

21.6. tėvai (globėjai, rūpintojai) privalo užtikrinti, suteikti visas Plane nurodytas priemones ir medikamentus bei pasirūpinti susidarančių atliekų šalinimu.

22. Tėvai (globėjai, rūpintojai) atsako už individualaus savirūpos plano įgyvendinimą, vykdymą.

VII. BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

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

24. Už plano ar atskirų jo dalių reikalavimų vykdymą atsako Ugdymo įstaigos vadovo paskirti asmenys.

25. Plano ir Tvarkos vykdymo kontrolę atlieka Ugdymo įstaigos vadovas.

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

INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA CUKRINIŲ DIABETU, TEIKIMO MOKYKLOJE PLANO PAVYZDYS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga cukriniu diabetu, 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 cukriniu diabetu, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio 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: | | |

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

| | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| Diabeto tipas (pažymėkite) | <input type="checkbox"/> I tipas | <input type="checkbox"/> II tipas |
| Sveikatos būklės apibūdinimas: Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus: | | |
| Alergijos (išvardinkite): | | |

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

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

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

| | |
|--|--|
| Jūsų vaikas serga cukriniu diabetu ir gydomas (tinkamą (-us) variantą (-us) pažymėkite): | <input type="checkbox"/> Insulino injekcijomis kiekvieno valgymo metu |
| | <input type="checkbox"/> Insulino injekcijomis – pompa |
| | <input type="checkbox"/> Keliomis insulino injekcijomis per dieną (injekcijos mokykloje nereikalingos) |
| | <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite): |
| Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje? | <input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne |
| Jeigu taip , koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? | |

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)

- Gliukozės kiekio kraujyje tyrimą turi atlikti tik apmokytas suaugęs asmuo
- Mokinys savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (reikia tik stebėti)
- Mokinys savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (stebėti nereikia)

Svarbu.

5.3. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

| | | |
|--|------|--------------------------|
| Ar reikalinga mokiniui vartoti Mokykloje insuliną? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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 |
|----------------------|------|------------------|----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Svarbu: Tiek VS specialistai, tiek ir Mokyklų darbuotojai, teikdami pagalbą mokiniui, sergančio LNL, savirūpai, pagal galiojančius teisės aktus negali teikti pagalbos, priskiriamos ASP licencijuojamoms paslaugoms.

Insulinas turi būti laikomas _____

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 | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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 veikslių reikia imtis?

Lengva/vidutinė hipoglikemija
Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:
Sunki hipoglikemija

| | |
|--------------------------------|---|
| | Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai: |
| Kokia tolimesnių veiksmų seka? | |

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

| | |
|--|--|
| Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui? | |
| Kas išprovokuoja hiperglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite) | <input type="checkbox"/> insulino deficitas, dėl neadekvačios insulino terapijos (nesusileidus insulino 12–24 valandas, taip pat tada, kai staiga padidėja insulino poreikis. <input type="checkbox"/> insulino deficitas, dėl insulino pompos gedimo (kateterio mechaninio suspaudimo, atsijungimo, nepastebėto adatos iškritimo); <input type="checkbox"/> ūminės infekcijos, padidinančios insulino poreikį (pneumonija, šlapimo takų infekcija, gastroenteritas ir kitos); <input type="checkbox"/> ūmios sunkios kitų organų ligos, traumos <input type="checkbox"/> vaistai <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite): |
| Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? (papildykite, koreguokite jei reikia) | <p>Jeigu gliukozės kiekis kraujyje viršija mmol/l., kai nėra jokių kitų simptomų:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Jeigu vis tiek viršija mmol/l.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Jeigu mažiau nei mmol/l:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> |
| Kokia tolimesnių veiksmų seka? | |

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

| | | |
|---|------|--------------------------|
| Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną mokykloje? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|---|--|
| Kokia mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonė turi būti taikomos mokykloje? | |
| Kada ją reikia taikyti? | |

| | |
|---|--|
| Ar tam reikia kokios nors įrangos (priedaisų)? | <input type="checkbox"/> gliukomatis, adatėlės <input type="checkbox"/> kita (įrašykite): |
| Kokie pagalbos veiksmai turi būti atlikti vykdant šią mokinio būklės stebėsenos priemonę? | aprašykite reikiamus pagalbos veiksmus |

| | |
|---|--|
| Kokia mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonė turi būti taikomos Mokykloje? | |
| Kada ją reikia taikyti? | |
| Ar tam reikia kokios nors įrangos (priedaisų)? | |
| Kokie pagalbos veiksmai turi būti atlikti vykdant šią mokinio būklės stebėsenos priemonę? | |

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU

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

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

| | |
|-------------------------------------|--|
| Kokia pagalba yra reikalinga? | |
| Kada ir kaip ji turi būti teikiama? | |

9. FIZINIS AKTYVUMAS

| | | |
|---|------|--------------------------|
| Ar reikalingi kokie nors specialios pagalbos mokinio fizinio aktyvumo metu? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |
| Jeigu taip išvardinkite: | | |

10. POVEIKIS MOKINIO MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI

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

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

| | |
|---|--|
| Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti mokymąsi? (išvardinkite) | |
|---|--|

| | |
|---|-------------------------------|
| Ar mokiniui gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu? | Taip <input type="checkbox"/> |
| | Ne <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės? | Taip <input type="checkbox"/> |
| | Ne <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba? | Taip <input type="checkbox"/> |
| | Ne <input type="checkbox"/> |
| Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga? | nurodykite |

11. 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? | |

12. 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: |
| | | |
| | | |

13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS

| | |
|---|--|
| Kokios atliekos gali susidaryti | |
| Atliekų laikymo tara ir vieta | |
| Atliekų šalinimo periodiškumas | |
| Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš 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 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, susidarantių 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.

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. ...

Mokinių, sergančių lėtinėmis
neinfekcinėmis ligomis, savirūpos
proceso organizavimo tvarkos aprašo
2 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 | | |
|------------------------------|-------------------------|--|
| | Vardas ir pavardė: | |
| | Gimimo data: | |
| | Amžius: | |
| | Mokykla: | |
| | Grupė/klasė: | |
| Mokyklos adresas: | <i>gatvė, namo nr.</i> | |
| | <i>miestas/ rajonas</i> | |
| | <i>pašto kodas</i> | |
| Gyvenamosios vietos adresas: | <i>gatvė, namo nr.</i> | |
| | <i>miestas/ rajonas</i> | |
| | <i>pašto kodas</i> | |
| PLANO sudarymo data | | |
| PLANO peržiūros data | | |

| 2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
|---|-----------------|--|
| Pirmas kontaktas – Vardas ir pavardė: | | |
| Giminystės ryšys: | | |
| Telefono numeris: | <i>Mobilus:</i> | |
| | <i>Darbo:</i> | |
| Elektroninio pašto adresas: | | |

| | | |
|---|-----------------|--|
| Antras kontaktas – Vardas ir pavardė: | | |
| Giminystės ryšys: | | |
| Telefono numeris: | <i>Mobilus:</i> | |
| | <i>Darbo:</i> | |
| Elektroninio pašto adresas: | | |

| 3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
|--|--------------------|--|
| | Vardas ir pavardė: | |

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

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Kokia jūsų vaikui nustatyta bronchų astmos kilmė? | <input type="checkbox"/> Alerginė <input type="checkbox"/> Nealerginė | | | |
| Kokio pobūdžio bronchų astmos simptomai būdingi jūsų vaikui? | <input type="checkbox"/> Priepuoliniai | | <input type="checkbox"/> Pastovūs | |
| | <input type="checkbox"/> Sezoniniai | <input type="checkbox"/> Visus metus | <input type="checkbox"/> Cikliniai | |
| Kokio sunkumo bronchų astma nustatyta jūsų vaikui? | <input type="checkbox"/> intermituojanti (protarpinė) | <input type="checkbox"/> lengva persistuojanti | <input type="checkbox"/> vidutinio sunkumo persistuojanti | <input type="checkbox"/> sunki persistuojanti |
| Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:</i> | | | | |
| Alergijos: | | | | |

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

| | | |
|--|------|--------------------------|
| Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Mokyklos ribų? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |
| Jeigu taip , ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje mokymosi proceso metu? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

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

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

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

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

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

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI BRONCHŲ ASTMOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS

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 | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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? | <input type="checkbox"/> Namų dulkių erkių alergenai <input type="checkbox"/> Tarakonų alergenai <input type="checkbox"/> Patalpų teršalai <input type="checkbox"/> Žiedadulkės <input type="checkbox"/> Sportas/ fizinė veikla <input type="checkbox"/> Peršalimas/ gripas <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite): | <input type="checkbox"/> Gyvūnų alergenai <input type="checkbox"/> Patalpų pelėšiai <input type="checkbox"/> Vaistai <input type="checkbox"/> Stresas <input type="checkbox"/> Oro sąlygos <input type="checkbox"/> Oro tarša (tabako dūmai, |
| 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 veikslių reikia imtis? | • |
| Kokia tolimesnių veikslių seka? | |

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

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

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 | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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 specialios pagalbos mokinio fizinio aktyvumo metu? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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

| | |
|--|--|
| Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti mokymąsi? (<i>Aprašykite</i>) | |
| Kokia reikalinga pagalba mokinio mokymuisi? | |
| Ar mokiniui gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu? | Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės? | Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba? | Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> |
| Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga? | |

11. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA

| | |
|--|--|
| Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę? | Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> |
| 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 dalyvaujantys 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 susidaryti | |
| Atliekų laikymo tara ir vieta | |
| Atliekų šalinimo periodiškumas | |
| Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Mokyklos, išipareigodami 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 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, susidarantių 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.

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. ...

Mokinių, sergančių lėtinėmis
neinfekcinėmis ligomis, savirūpos
proceso organizavimo tvarkos aprašo
3 priedas

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

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga dermatitu, 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 dermatitu, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai mokymosi proceso metu.

| 1. MOKINIO DUOMENYS | | |
|------------------------------|-------------------------|--|
| <i>mokinio nuotrauka</i> | Vardas ir pavardė: | |
| | Gimimo data: | |
| | Amžius: | |
| | Mokykla: | |
| | Grupė/klasė: | |
| Mokyklos adresas: | <i>gatvė, namo nr.</i> | |
| | <i>miestas/ rajonas</i> | |
| | <i>pašto kodas</i> | |
| Gyvenamosios vietos adresas: | <i>gatvė, namo nr.</i> | |
| | <i>miestas/ rajonas</i> | |
| | <i>pašto kodas</i> | |
| PLANO sudarymo data | | |
| PLANO peržiūros data | | |

| 2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
|---|-----------------|--|
| Pirmas kontaktas – Vardas ir pavardė: | | |
| Giminystės ryšys: | | |
| Telefono numeris: | <i>Mobilus:</i> | |
| | <i>Darbo:</i> | |
| Elektroninio pašto adresas: | | |

| | | |
|---|-----------------|--|
| Antras kontaktas – Vardas ir pavardė: | | |
| Giminystės ryšys: | | |
| Telefono numeris: | <i>Mobilus:</i> | |
| | <i>Darbo:</i> | |
| Elektroninio pašto adresas: | | |

| 3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
|--|--------------------|--|
| | Vardas ir pavardė: | |

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

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ

| | | | |
|---|--|--|---|
| Koks Jūsų vaikai nustatyto dermatito tipas? | <input type="checkbox"/> atopinis dermatitas | <input type="checkbox"/> kontaktinis dermatitas | <input type="checkbox"/> seborėjinis dermatitas |
| Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:</i> | | | |
| Kokie bendri simptomai būdingi jūsų vaikai? | <input type="checkbox"/> intensyvus niežėjimas; <input type="checkbox"/> miego sutrikimai; <input type="checkbox"/> paryškėjęs odos piešinys; <input type="checkbox"/> nuo kasymo atsiradusios stigmos (atsivėrę žaizdos); <input type="checkbox"/> gali pakisti tuštinimasis – viduriavimas, vidurių užkietėjimas; <input type="checkbox"/> riebi, patinusi oda; <input type="checkbox"/> baltos arba gelsvos pleiskanos; <input type="checkbox"/> pilvo skausmai; <input type="checkbox"/> pilvo pūtimas; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): | | |
| Alergijos: <i>(nurodykite)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Namų dulkių erkių alergenai</i> <input type="checkbox"/> <i>Maisto alergenai</i> <input type="checkbox"/> <i>Patalpų teršalai</i> <input type="checkbox"/> <i>Žiedadulkės</i> <input type="checkbox"/> <i>Oro sąlygos</i> <input type="checkbox"/> <i>Oro tarša,</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (išvardinkite):</i> | <input type="checkbox"/> <i>Gyvūnų alergenai</i> <input type="checkbox"/> <i>Patalpų pelėsiai</i> <input type="checkbox"/> <i>Vaistai</i> <input type="checkbox"/> <i>Stresas</i> | |

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

| | | |
|---|------|--------------------------|
| Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Mokyklos ribų? | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |
| Jeigu taip, ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis | Taip | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

| | |
|----------------------------------|--|
| Mokykloje mokymosi proceso metu? | |
|----------------------------------|--|

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

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

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

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

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

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

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI LĒTINĖS NEINFĒKČINĖS LIGOS PAŪMĒJIMO 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 | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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 veikslių reikia imtis? (išvardinkite) | |
| Kokia tolimesnių veikslių seka? (pvz. tyrimai, poilsis ir pan.) | |

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

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

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 | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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 | <input type="checkbox"/> |
| | Ne | <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> |
| | Ne <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės? | Taip <input type="checkbox"/> |
| | Ne <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba? | Taip <input type="checkbox"/> |
| | Ne <input type="checkbox"/> |
| Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga? (išvardinkite) | |

11. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA

| | |
|--|-------------------------------|
| Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę? | Taip <input type="checkbox"/> |
| | Ne <input type="checkbox"/> |
| 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? | |

13. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS

Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvaujantys 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: |
| | | |
| | | |
| | | |

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 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 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, susidarantių 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.

| 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. ...

Mokinių, sergančių lėtinėmis
neinfekcinėmis ligomis, savirūpos
proceso organizavimo tvarkos aprašo
4 priedas

**INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA
EPILEPSIJA, TEIKIMO MOKYKLOJE PLANAS**

| | | |
|--|-----------|--|
| 1. DUOMENYS APIE VAIKĄ <i>(pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)</i> | | |
| Vardas ir pavardė | | |
| Gimimo data | | |
| Gyvenamosios vietos adresas | | |
| Mokykla, Klasė | | |
| Plano sudarymo data | | |
| Plano koregavimo data | | |
| Planas galioja | | |
| 2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI <i>(pildo vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai))</i> | | |
| <i>Pirmas kontaktas</i> | | |
| Vardas ir pavardė | | |
| Giminystės ryšys | | |
| Telefono nr. | asmeninis | |
| | darbo | |
| El. pašto adresas | | |
| <i>Antras kontaktas</i> | | |
| Vardas ir pavardė | | |
| Giminystės ryšys | | |
| Telefono nr. | asmeninis | |
| | darbo | |
| El. pašto adresas | | |
| 3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINAT PLANĄ SKYRIUJE, KONTAKTAI <i>(pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)</i> | | |
| <i>Pirmas asmuo</i> | | |
| Vardas ir pavardė | | |
| Pareigos | | |
| Darbo grafikas | | |
| Telefono nr. | | |
| | | |
| El. pašto adresas | | |
| <i>Antras asmuo</i> | | |
| Vardas ir pavardė | | |
| Pareigos | | |

| | | |
|--|-----------|--|
| Darbo grafikas | | |
| Telefono nr. | asmeninis | |
| | darbo | |
| El. pašto adresas | | |
| <i>Trečias asmuo</i> | | |
| Vardas ir pavardė | | |
| Pareigos | | |
| Darbo grafikas | | |
| Telefono nr. | asmeninis | |
| | darbo | |
| El. pašto adresas | | |
| 4. INFORMACIJA APIE VAIKO 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 VAIKO SVEIKATĄ (pildo 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 pamišus pavartoti paskirtus vaistus | |
| Aplinkos veiksniai galintys išprovokuoti / pabloginti priepuolius / sveikatos būklę | |
| Veiksniai padedantys stabilizuoti sveikatos būklę | |
| Vaiko sveikatos būklės įtaka ugdymo(si) procesui | |
| Vaiko sveikatos būklės įtaka veiklai už Skyriaus ribų <i>(išvykų, kelionių ir kt.)</i> | |
| Fizinio aktyvumo toleravimas | |
| Mitybos ypatumai | |
| Pedagogų veiksmai, galintys padėti mokiniui | |
| Specialistų <i>(VSS, psichologo, soc. pedagogo ir kt.)</i> veiksmai, galintys padėti mokiniui | |
| 6. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS <i>(pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)</i> | |
| Atliekos | |
| Atliekų laikymo tara | |
| Atliekų šalinimo periodiškumas, diena(os) | |
| 8. 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 vaiko savirūpos planu. Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarantių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu.

Aš sutinku, kad *(reikiamą atsakymą pažymėti varnele)*:

- o Reikalingus vartoti vaistus Skyriuje, administruotuos paskirtas Skyriaus darbuotojas.
- o Skyrius bus atsakingas už vaistų išdavimą mokiniui, plane nurodytu laiku, dozėmis, būdais.
- o Vaikas su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą.

Vaikas vaistus vartoja namuose kiekvieną rytą ir vakarą.

| | |
|---|--|
| Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė, parašas | |
| 9. MOKYKLOS DARBUOTOJAI | |
| Mokyklos įgalioto asmens, darbuotojų, dalyvaujančių savirūpos plano įgyvendinime, vardai, pavardės, parašai | |
| Mokyklos VSS vardas, pavardė, parašas | |
| Mokyklos vadovo vardas, pavardė, 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 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 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.

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

Mokinių, sergančių lėtinėmis
neinfekcinėmis ligomis, savirūpos
proceso organizavimo tvarkos aprašo
5 priedas

(Mokinio tėvų (globėjų/ rūpintojų) vardas ir pavardė didžiosiomis raidėmis)

Tel. _____, el. pašto adresas _____

Kelmės „Aukuro“ pagrindinės mokyklos direktoriui
Direktoriui

**SUTIKIMAS/ATSISAKYMAS
DĖL SŪNAUS/DUKTERS INDIVIDUALAUS LĒTINIŲ NEINFEKCINIŲ LIGŲ SAVIRŪPOS
PLANO SUDARYMO**

20 m. _____ d.

Sutinku/atsisakau, kad mano sūnui/dukrai _____

Kelmės „Aukuro“ pagrindinės mokyklos ____ klasės mokiniui (-ei), būtų sudarytas individualus lėtinių
neinfekcinių ligų savirūpos planas.

(parašas)

(vardas ir pavardė)

Mokinių, sergančių lėtinėmis
neinfekcinėmis ligomis, savirūpos
proceso organizavimo tvarkos aprašo
6priedas

VAISTŲ IŠDAVIMO VAIKAMS REGISTRACIJOS ŽURNALO FORMA

| | | | | | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|--|--|----------------|
| | Vaiko | | | | | | | Vaistus išdavė |
|--|-------|--|--|--|--|--|--|----------------|

| Nr. | Pavardē | Vardas | Gim. data | Data | Vaistu pavadinima s | Dozē | Išdavim o laikas | Vartojim o būdas | Varda s | pavardē | Pareigo s | Paraša s |
|-----|---------|--------|--------------|------|---------------------------|------|---------------------|---------------------|------------|---------|--------------|-------------|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
