1 priedas

INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA CUKRINIU DIABETU, TEIKIMO PROGIMNAZIJOJE PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga cukriniu diabetu, teikimo „Volungės“ progimnazijoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), „Volungės“ progimnazijos, VS specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą „Volungės“ progimnazijoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio cukriniu diabetu, savirūpai „Volungės“ progimnazijoje 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:	*Telefono numeris:* *Elektroninio pašto adresas:*

	Darbo grafikas Mokykloje:	
	☐ *Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:*	*pvz.: 1 aukštas, 107 kab.*
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 (įrašykite)* ---------- _____ _____

5.2. GLIUKOZĖS TYRIMAS KRAUJYJE	
Mokinys turi gliukozės kiekio kraujyje matuoklį, todėl jis gali išsitirti 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.	*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 5,6mmol/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 viršija .....mmol/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 kviesti 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 stebėsena 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 „Volungės“ progimnazijos 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	☐ *panaudoti švirkštai* ☐ *juostelės* ☐ *vaistų pakuotės* ☐ *Kita* *(įrašykite)*_____ _____
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.*

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

Aš sutinku, kad:
☐ „Volungės“ progimnazija mano vaikui reikalingus vartoti mokykloje vaistus administruotų „Volungės“ progimnazijos 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 „Volungės“ progimnazijos 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 „Volungės“ progimnazijos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad „Volungės“ progimnazija 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 „Volungės“ progimnazijos 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 „Volungės“progimnazijai 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.
3. ....

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą „Volungės“ progimnazijoje 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. ...

1 PRIEDAS. INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA BRONCHŲ ASTMA, TEIKIMO MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga bronchų astma, teikimo „Volungės“progimnazijoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), „Volungės“ progimnazijos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą mokykloje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio bronchų astma, savirūpai „Volungės“ progimnazijoje 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 :	*Telefono numeris:* *Elektroninio pašto adresas:*
	Darbo grafikas Mokykloje:	

	Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:	*pvz.: 1 aukštas, 107 kab.*
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				
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:*	*pvz.: šiuo metu jaučiasi gerai, simptomai ..... išryškėja tik paūmėjimų metu.*			
Alergijos:	*Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.:* ☐ *pieno produktams* ☐ *kiaušiniui* ☐ *lateksui* ☐ *kita:*			

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	Taip	☐
	Ne	☐

Šalutinis vaistų poveikis Mokykloje mokymosi proceso metu?	***Jeigu taip,*** *koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?* ☐ *Jaučiamas širdies plakimas,* ☐ *Drebulys.* ☐ *Silpnas gerklės skausmas,* ☐ *Kosulys* ☐ *Užkimimas.* ☐ *Galvos skausmas,* ☐ *Galvos svaigimas.* ☐ *Nenustygimas,* ☐ *Nervingumas,* ☐ *Sujaudinimas.* ☐ *Kita*_____

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE		
Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje?	Taip	☐
	Ne	☐
	Jeigu taip, *koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?* ☐ *Alerginės reakcijos……* ☐ *Jaučiamas širdies plakimas,* ☐ *Drebulys.* ☐ *Silpnas gerklės skausmas,* ☐ *Kosulys* ☐ *Užkimimas.* ☐ *Galvos skausmas,* ☐ *Galvos svaigimas.* ☐ *Nenustygimas,* ☐ *Nervingumas,* ☐ *Sujaudinimas.* ☐ *Kita*_____	

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

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

Svarbu. *Vaistai turėtų būti aiškiai paženklinti jūsų vaiko vardu ir laikomi vadovaujantis 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	☐
	Ne	☐

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

Kokie bronchų astmos paūmėjimo simptomai dažniausiai būdingi jūsų vaikui?	☐ švokštimas (švilpimas), ☐ dusulys, ☐ kosulys (sausas ar produktyvus), ☐ sunkumo (veržimo) jutimas krūtinėje ☐ kita *(išvardinkite)*
Kas išprovokuoja jūsų vaiko bronchų astmos paūmėjimą?	☐ Namų dulkių erkių alergenai ☐ Tarakonų alergenai ☐ Patalpų teršalai ☐ Žiedadulkės ☐ Sportas/ fizinė veikla ☐ Peršalimas/ gripas ☐ Kita *(išvardinkite):* Gyvūnų alergenai Patalpų pelėsiai Vaistai Stresas Oro sąlygos Oro tarša (tabako dūmai,
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?	*Jei BA paūmėjimas **lengvas** (dusulys vaikštant, kalba nesutrikusi, gali būti susijaudinęs, kvėpavimas padažnėjęs, vidutinio garsumo švilpimas tik iškvėpimo pabaigoje) pagalbą gali suteikti sau pats mokinys, esant poreikiui kitas suaugęs asmuo gali padėti sergančiajam surasti ir padėti įkvėpti gydytojo paskirtų vaistų.* • *Padėti įkvėpti (Fenoterolio arba salbutamolio (ventolino) iki 3 kartų per pirmąją valandą).* • *Patogiai pasodinti.* • *Informuoti tėvus/ globėjus.* • *Nepalikti vieno.* • *Jei būklė blogėja kviesti GMP ir informuoti tėvus / globėjus.* *Jei BA paūmėjimas **vidutiniškai sunkus, sunkus arba labai sunkus** (dusulys kalbant; nori sėdėti; kalba trumpomis frazėmis, nes kalbėti darosi sunku; susijaudinęs; kvėpavimas padažnėjęs; dažnai būna pagalbinių raumenų ir viršraktikaulinių duobių įsitraukinėjimas; garsus švilpimas; pats prašo iškviesti medikus;) – būtina:*

	☐ *Padėti (duoti) įkvėpti gydytojo paskirtų vaistų (Fenoterolio arba salbutamolio (ventolino) iki 3 kartų per pirmąją valandą)* ☐ *Patogiai pasodinti* ☐ *Kviesti GMP* ☐ *Nepalikti vaiko vieno.* ☐ *Pranešti vaiko tėvams / globėjams.*
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	☐ *Skambinti tėvams, kad pasiimtų vaiką iš Mokyklos.* ☐ *Vaikas išleidžiamas su tėvais.*

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA		
Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėsena 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?	☐ *Paklausti vaiko kaip jaučiasi.* ☐ *Kita* *(įrašykite)*_____ _____ _____
Kada jas reikia taikyti?	☐ *Prieš ir po fizinio ugdymo pamokos, stresinėje situacijoje, pamačius, kad vaiko elgesys ne toks kaip visada.* ☐ *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?	☐ *pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas;* ☐ *Kita* *(įrašykite)*_____ _____ _____

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

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

Pagalbos veiksmai prieš fizinio ugdymo pamoką	☐ *padėti vaikui susirasti ir įkvėpti gydytojo paskirtų trumpo greito veikimo vaistų (salbutamolio), kuriuos vaikas turi su savimi Mokykloje.* ☐ *Kita* *(įrašykite)*_____ _____ _____
Pagalbos veiksmai fizinio ugdymo pamokos metu	
Pagalbos veiksmai pertraukos metu	☐ *pavasarį, kai žydi augalai, neleisti per pertraukas bėgioti lauke.* ☐ *Kita* *(įrašykite)*_____ _____ _____

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)*	☐ *negali susikaupti,* ☐ *bendras silpnumas,* ☐ *mieguistumas,* ☐ *kosulys,* ☐ *galvos skausmas* ☐ *Kita* *(įrašykite)*_____ _____ _____
Kokia reikalinga pagalba mokinio mokymuisi?	☐ *atidėti namų darbų atlikimo terminai;* ☐ *suteikti daugiau laiko užduotims atlikti;* ☐ *pritaikytos mokymosi formos ir būdai (įvardinti, kokie);* ☐ *reguliarūs susitikimai kas mėnesį su*

	mokytojais siekiant aptarti mokymosi pažangą. ☐ *Kita (įrašykite)*_____
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?	☐ *patalynė, kurioje gali būti dulkių erkių alergenų* ☐ *mokykloje naudojami higienos reikmenys* ☐ *oro tarša: pvz.: patalpose vykdomas remontas, naudojami aerozoliai.* ☐ *Kita (įrašykite)* _____ _____ _____
Kokių veiksmų reikėtų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	☐ *naudoti vaiko miegui patalynę, kuri nebūtų pagaminta iš paukščių pūkų; pagalves, antklodes ir čiužinius sandariai apvilkti erkėms nepralaidžiais užvalkalais...* ☐ *pirkti Mokinių naudojimui higienos priemones (tualetinį popierių, prausiklį ...) be kvėpiklių, dažiklių ...* ☐ *vėdinti patalpas, remontuoti patalpas vaikų atostogų metu.* ☐ *Kita(įrašykite)* _____

12. ISVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ	
Kokia pagalba (gali būti) reikalinga?	☐ *Gali reikti padėti įkvėpti vaistus.* ☐ *Prieš kelionę patikrinti ar vaikas su savimi turi būtinai pagalbai reikalingus vaistus.* ☐ *Kita(įrašykite)* _____
Kada reikia suteikti pagalbą?	☐ *Išryškėjus paūmėjimo simptomams.* ☐ *Kita(įrašykite)* _____ _____
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 „Volungės“progimnazijoje 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	☐ *panaudoti švirkštai* ☐ *juostelės* ☐ *vaistų pakuotės* ☐ *Kita* *(įrašykite)*_____
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* *(įrašykite)*_____
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.*

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

Aš sutinku, kad:
☐ „Volungės“ progimnazija mano vaikui reikalingus vartoti mokykloje vaistus administruotų „Volungės“ progimnazijos 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 „Volungės“progimnazijos man pateiktu „Volungės progimnazijos 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 „Volungės“progimnazijos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad „Volungės progimnazija 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 „Volungės“progimnazijoje 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 „Volungės“ progimnazija 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.
3. ....

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą „Volungės“ progimnazijoje 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. ...

3 PRIEDAS. INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA DERMATITU, TEIKIMO MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga dermatitu, teikimo „Volungės“ progimnazijoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), „Volungės“ progimnazijos visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą „Volungės“ progimnazijoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio dermatitu, 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. SEIMOS 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:	*pvz.: 1 aukštas, 107 kab.*
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			
Koks Jūsų vaikui nustatyto dermatito tipas?			
Sveikatos būklės apibūdinimas: *Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:*	*pvz.: Bendra būklė gera. Vargina odos paraudimas, patinimas, niežulys, pleiskanojimas, lupimasis. Gretas nuovargis. Liūdesys.*		
Kokie bendri simptomai būdingi jūsų vaikui?	☐ intensyvus niežėjimas; ☐ miego sutrikimai; ☐ paryškėjęs odos piešinys; ☐ nuo kasymo atsiradusios stigmos (atsivėrę žaizdos); ☐ gali pakisti tuštinimasis – viduriavimas, vidurių užkietėjimas; ☐ riebi, patinusi oda; ☐ baltos arba gelsvos pleiskanos; ☐ pilvo skausmai; ☐ pilvo pūtimas; ☐ kita (išvardinkite):		
Alergijos: *(nurodykite)*	☐ Namų dulkių erkių alergenai ☐ Maisto alergenai ☐ Patalpų teršalai ☐ Žiedadulkės ☐ Oro sąlygos ☐ Oro tarša ☐ Kita (išvardinkite):	Gyvūnų alergenai Patalpų pelėsiai Vaistai Stresas	

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? pvz.:* ☐ *Alerginės reakcijos: odos bėrimas, įskaitant raudoną niežtinčią odą, patinimas aplink akis ir lūpas, apsunkintas kvėpavimas ir ryjimas.* ☐ *Dirginimas, niežėjimas, paraudimas vaisto vartojimo vietoje.* ☐ *Odos infekcijos* ☐ *Vartojimo vietos reakcijos, pvz.: bėrimas, skausmas, perštėjimas, nesunkus odos pleiskanojimas, sausumas, patinimas ir egzemos simptomų pasunkėjimas.* ☐ *Kita:*	

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE		
Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje?	Taip	☐
	Ne	☐
	*Jeigu **taip**, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? pvz.:* ☐ *Alerginės reakcijos: odos bėrimas, įskaitant raudoną niežtinčią odą, patinimas aplink akis ir lūpas, apsunkintas kvėpavimas ir ryjimas.* ☐ *Dirginimas, niežėjimas, paraudimas vaisto vartojimo vietoje.* ☐ *Odos infekcijos* ☐ *Vartojimo vietos reakcijos, pvz.: bėrimas, skausmas, perštėjimas, nesunkus odos pleiskanojimas, sausumas, patinimas ir egzemos simptomų pasunkėjimas.* ☐ *Kita:*	

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

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

Svarbu. *Vaistai turėtų būti aiškiai paženklinti jūsų vaiko vardu ir laikomi vadovaujantis 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*

Įrašykite _____

_____

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI LĖTINĖS NEINFEKCINĖS LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS		
Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	Taip	☐
	Ne	☐

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

Kokie yra (dermatito, egzemos) paūmėjimo būklės simptomai būdingi jūsų vaikui? *(išvardinkite)*	☐ *Prasideda iškart po kontakto su dirgikliu.* ☐ *oda parausta, paburksta, atsiranda pūslelių, pažeistas paviršius šlapiuoja* ☐ *Uždegimas skausmingas. Jaučiamas deginimas, perštėjimas.* ☐ *Kita:*_____ _____
Kas išprovokuoja dermatito (egzemos) paūmėjimo būklę jūsų vaikui? *(išvardinkite)*	☐ *maisto alergenai (karvės pienas, kiaušiniai, žuvis, riešutai, kviečiai, sojos);* ☐ *ore esantys alergenai (kontaktas su namų aplinkos alergenais – namų dulkių erkės, pelėsis, naminiai gyvūnai; išoriniai aplinkos alergenai – žiedadulkės, grybelių sporos);* ☐ *įvairūs cheminiai ir fiziniai dirgikliai (skalbimo priemonės, vilnoniai, sintetiniai drabužiai, tabako dūmai (pasyvus vaikų rūkymas);* ☐ *staigi oro drėgmės bei temperatūros kaita ;* ☐ *kai kurie medikamentai;* ☐ *stresas, nervinė įtampa* ☐ *Kita: :*_____ _____
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? (išvardinkite)	☐ *Šalinti priežastį,* o *pašalinti ar sumažinti visus dirginančius ir odos būklę bloginančius veiksnius* o *vengti maisto alergenų;* o *vaikus patariama rengti nešiurkščiais natūralaus pluošto, geriausiai – medvilniniais drabužiais;* o *prausimosi priemonės turi būti neutralios, be šarmų, dažiklių, kvapiųjų medžiagų.* ☐ *Barjerinės odos funkcijos atkūrimas emolientais.* ☐ *kita: :*_____ _____
Kokia tolimesnių veiksmų seka? *(pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.)*	*Įvertinti, kas sukėlė ligos paūmėjimą?* *Aptarti su tėvais, kaip galima būtų išvengti paūmėjimų?* *Gal reikalinga psichologo pagalba?*

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA		
Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėsena 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?	☐ *Paklausti ar gerai jaučiasi, pastebėjus, kad vaikas kaso perštinčią vietą patarti kaip sumažinti niežulį (nesikasyti, bet su plaštaka per drabužius pastuksenti).* ☐ *Kita (įrašykite)*_____
Kada jas reikia taikyti?	☐ *Pastebėjus, kad paryškėjo bėrimai, niežulys, pablogėjo vaiko savijauta, emocinė būklė.* ☐ *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?	☐ *pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas* ☐ *Kita (įrašykite)*_____

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)	☐ *Priminti vaikui plaukimo pamokos metu dėvėti apsauginius akinius, kad mažiau dirgintų akis.* ☐ *Kita (įrašykite)*_____

Pagalbos veiksmai po fizinio ugdymo/plaukimo pamokos (ar lankymosi baseine)	☐ *Priminti vaikui po plaukimo pamokos kruopščiai nusiprausti po dušu, kad oda būtų mažiau dirginama; nusiprausus pasitepti plaštakų odą _____ tepalu.* ☐ *Kita (įrašykite)*_____ _____ _____
Pagalbos veiksmai pertraukų metu	☐ *Pavasarį, kai žydi alksniai, neleisti į lauką.* ☐ *Kita (įrašykite)*_____ _____ _____

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?	☐ *Sunku susikaupti, neramus, sudirgęs, atsiribojęs.* ☐ *Kita (įrašykite)*_____ _____ _____
Kokia reikalinga pagalba mokinio mokymuisi?	☐ *atidėti namų darbų atlikimo terminai;* ☐ *suteikti daugiau laiko užduotims atlikti;* ☐ *pritaikytos mokymosi formos ir būdai (įvardinti, kokie);* ☐ *reguliarūs susitikimai kas mėnesį su* ☐ *mokytojais siekiant aptarti mokymosi pažangą .* ☐ *Kita (įrašykite)*_____ _____
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?	☐ *patalynė, kurioje gali būti dulkių erkių alergenų* ☐ *mokykloje naudojami higienos reikmenys* ☐ *gyvūnų alergenai* ☐ *patalpų pelėsiai* ☐ *Kita (įrašykite)*_____
Kokių veiksmų reikėtų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	☐ *naudoti vaiko miegui patalynę, kuri nebūtų pagaminta iš paukščių pūkų; pagalves, antklodes ir čiužinius sandariai apvilkti erkėms nepralaidžiais užvalkalais...* ☐ *pirkti Mokinių naudojimui higienos priemones (tualetinį popierių, prausiklį ...) be kvėpiklių, dažiklių ...* ☐ *vėdinti patalpas,* ☐ *remontuoti patalpas vaikų atostogų metu.* ☐ *Kita (įrašykite)*_____

12. ISVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ	
Kokia pagalba reikalinga?	☐ *Šalinti priežastį. Planuojant kelionę numatyti galimus dirgiklius ir jų vengti.* ☐ *Kita (įrašykite)*_____
Kada reikia suteikti pagalbą?	☐ *Išryškėjus paūmėjimo simptomams.* ☐ *Kita (įrašykite)*_____
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 „Volungės“ progimnazijos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai*		
Kokie mokymai yra reikalingi?		
Kas turi būti apmokyti?		
Mokymuose dalyvavusių asmenų vardas ir pavardė	Mokymų data:	Parašas:

14. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS	
Kokios atliekos gali susidaryti	☐ *panaudoti tvarsčiai* ☐ *panaudoti pleistrai*
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.* ☐
Atliekų šalinimo periodiškumas	*pvz.: kartą per savaitę.*
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai (globėjai, rūpintojai) pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	*pvz.: Kiekvienas penktadienis, 12 val.*

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

Aš sutinku, kad:
☐ „Volungės“ progimnazija mano vaikui reikalingus vartoti mokykloje vaistus administruotų „Volungės“ progimnazijos 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 „Volungės“ progimnazijos 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 „Volungės“ progimnazijos 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 „Volungės“ progimnazijoje 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 „Volungės“ 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.
3. ....

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą „Volungės“ progimnazijoje 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. ...

4 PRIEDAS INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS

SERGA _____ , TEIKIMO MOKYKLOJE PLANAS

Ligos pavadinimas

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga _____, teikimo „Volungės“ progimnazijoje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), „Volungės“ progimnazijos, VS specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą „Volungės“ progimnazijoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio_____, 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:	*Telefono numeris:* *Elektroninio pašto adresas:*
	Darbo grafikas Mokykloje:	

	☐ *Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:*	*pvz.: 1 aukštas, 107 kab.*
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	
Ligos pavadinimas *(įrašykite)*	**Vaikas serga**_____ _____
Sveikatos būklės apibūdinimas: *Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:*	
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	
Ar mokinys reguliariai vartoja Vaistus už mokyklos ribų?	☐ Taip ☐ Ne
Jeigu **TAIP,** nurodykite kokius vaistus vartoja jūsų vaikas?	Įrašykite vaisto pavadinimą_____ _____ _____ _____
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje?	☐ Taip ☐ Ne

Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	☐ *injekcijos vietose gali atsirasti tokios reakcijos kaip skausmas, paraudimas, dilgėlinė, tinimas ir niežėjimas.* ☐ *Alerginės reakcijos: dilgėlinė, liežuvio ir lūpų tinimas, viduriavimas, pykinimas, nuovargis.* ☐ *Kita (įrašykite)* ---------- _____ _____

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE		
Ar reikalinga mokiniui vartoti Mokykloje insuliną?	Taip	☐
	Ne	☐
	*Jeigu **taip**, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?* ☐ *injekcijos vietose gali atsirasti tokios reakcijos kaip skausmas, paraudimas, dilgėlinė, tinimas ir niežėjimas.* ☐ *Alerginės reakcijos: dilgėlinė, liežuvio ir lūpų tinimas, viduriavimas, pykinimas, nuovargis.* ☐ *Kita (įrašykite)* ---------- _____ _____	

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

Vaisto pavadinimas	Dozė	Vartojimo /Suleidimo laikas	Vaisto naudojimo administravimas
			Išsamiai aprašykite kaip administruojamas vaisto naudojimas:

Vaistas 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 LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS		
Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti LIGOS paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	Taip	☐
	Ne	☐

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

6.1. LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS SIMPTOMAI IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS	
Kokie yra būdingi ligos paūmėjimo simptomai jūsų vaikui?	*Detaliai aprašykite simptomus ir kaip šią būklę atpažinti:*
Kas išprovokuoja ligos paūmėjimą 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?	*Pateikiami konkretūs reikalingos pagalbos veiksmai:*
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	*pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.*

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA		
Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėsena 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?	
Kada jas reikia taikyti?	☐ Prieš valgį; ☐ Prieš kūno kultūros pamokas; ☐ Kai vaikas jaučiasi blogai; ☐ Kita_____
Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)?	☐ Taip ☐ Ne (įrašykite):
	Jeigu Taip, įrašykite kokių_____ _____ _____ _____ _____

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:	

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?	
Kada reikia suteikti pagalbą?	☐ *kai 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 „Volungės“ progimnazijos 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. 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?	☐ *patalynė, kurioje gali būti dulkių erkių alergenų* ☐ *mokykloje naudojami higienos reikmenys* ☐ *gyvūnų alergenai* ☐ *patalpų pelėsiai* ☐ *Kita (įrašykite)*_____ _____ _____
Kokių veiksmų reikėtų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	☐ *naudoti vaiko miegui patalynę, kuri nebūtų pagaminta iš paukščių pūkų; pagalves, antklodes ir čiužinius sandariai apvilkti erkėms nepralaidžiais užvalkalais...* ☐ *pirkti Mokinių naudojimui higienos priemones (tualetinį popierių, prausiklį ...) be kvėpiklių, dažiklių ...* ☐ *vėdinti patalpas,* ☐ *remontuoti patalpas vaikų atostogų metu.* ☐ *Kita (įrašykite)*_____ _____ _____

14. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS	
Kokios atliekos gali susidaryti	☐ *panaudoti švirkštai* ☐ *juostelės* ☐ *vaistų pakuotės* ☐ *Kita* *(įrašykite)*_____ _____

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.*

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

Aš sutinku, kad:

☐ „Volungės“ progimnazija mano vaikui reikalingus vartoti mokykloje vaistus administruotų „Volungės“ progimnazijos 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 „Volungės“ progimnazijos 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 „Volungės“ progimnazijos vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad „Volungės“ progimnazija 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 „Volungės“ progimnazijos 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 „Volungės“ progimnazijai 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.
3. ....

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą „Volungės“ progimnazijoje 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. ...