

**ALYTAUS LOPŠELIO-DARŽELIO „NYKŠTUKAS“
PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS
UŽTIKRINIMO (VAISTŲ LAIKYMO, IŠDAVIMO, NAUDOJIMO IR KT.), JEIGU
MOKINYS SERGA LĒTINE NEINFECINE LIGA
TVARKOS APRAŠAS**

**I. SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Alytaus lopšelio-darželio „Nykštukas“ (toliau – Lopšelio-darželio) pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka (toliau – Tvarka) parengta vadovaujantis Visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo mokykloje tvarkos aprašu, patvirtintu 2005 m. gruodžio 30 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymu Nr. V-1035/ISAK-2680 ir pakeitimais, įsigaliojusiais 2020-01-01, Moksleivių nelaimingų atsitikimų tyrimo, registravimo ir apskaitos nuostatais, patvirtintais 2000 m. vasario 11 d. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymu Nr. 113, Lietuvos higienos norma HN 75:2016 „Ikimokyklinio ugdymo mokykla: bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“, patvirtinta 2016 m. sausio 26 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-93.

2. Tvarka reglamentuoja pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendaciją užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarką.

3. Mokinio savirūpa suprantama kaip mokinio, sergančio lėtine liga, ugdomas (is) gebėjimas saugoti sveikatą, prisitaikyti prie aplinkos sąlygų, apsisaugoti nuo ligos komplikacijų, sveikatos būklės pablogėjimo atpažinimas ir gebėjimas pačiam vykdyti gydytojo paskirtą gydymą savarankiškai, su šeimos ar specialistų pagalba.

4. Mokiniais, sergantiems lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, mokinio savirūpai reikalingą pagalbą ugdymo įstaigoje organizuoja Lopšelis-darželis.

**II. SKYRIUS
PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS
UŽTIKRINIMO, JEI MOKINYS SERGA LĒTINE NEINFECINE LIGA,
ORGANIZAVIMAS**

5. Visuomenės sveikatos specialistas, vykdamas sveikatos priežiūrą Lopšelyje-darželyje (toliau – VSPS), naudodamasis vaikų sveikatos stebėsenos informacinės sistemos duomenimis (toliau – VSS IS) pagal pateiktas formas Nr. E027-1 „Mokinio sveikatos pažymėjimas“ (toliau – Pažymėjimas), sudaro sąrašą mokinių, kurie serga lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis ir kuriems yra nurodytos gydytojų rekomendacijos ir/arba skubios pagalbos poreikis ir jį pateikia mokyklos vadovui arba jo įgaliotam asmeniui. Tokiems mokiniams turi būti organizuojama pagalba savirūpai. Sąrašas turi būti atnaujinamas, atsiradus naujiems atvejams.

6. Atsiradus poreikiui, vadovas arba jo įgaliotas asmuo organizuoja susitikimą su tėvais (globėjais) dėl pagalbos mokinio savirūpai proceso įgyvendinimo mokykloje.

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

8. Sudarant Ikimokyklinio ugdymo ar Priešmokyklinio ugdymo sutartį, tėvai (globėjai, rūpintojai) kartu su Lopšeliu-darželiu, jeigu yra pagalbos poreikis mokinio savirūpai, užpildo „Pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga lėtine neinfekcine liga, teikimo Lopšelyje-darželyje planą“ (toliau – Planas). Planas gali būti pildomas pasitelkiant vaiką gydantį gydytoją.

9. Planas rengiamas pagal Lopšelio-darželio pateiktą Plano formos pavyzdį (prieduose) ir yra laikomas neatsiejama Ikmokyklinio ugdymo ar Priešmokyklinio ugdymo sutarties dalimi.

10. Lopšelio-darželio vadovas paskiria asmenis, atsakingus už Plano arba atskirų Plano dalių vykdymą.

11. Mokinio savirūpos įgyvendinimo procese dalyvauja mokinys, jo tėvai (globėjai, rūpintojai), visuomenės sveikatos specialistas, mokyklos vadovas ar jo įgaliotas atstovas, mokinių ugdantys mokytojai ir kiti švietimo pagalbos specialistai.

12. Forma Nr. E027-1 „Mokinio sveikatos pažymėjimas“ Lopšeliui-darželiui pateikiama kartą per kalendorinius metus.

13. Pasikeitus mokinio sveikatos būklei ar pasikeitus rekomendacijoms Lopšeliui-darželiui pateikiamas naujas Pažymėjimas ir papildomas/koreguojamas mokinio savirūpos Planas.

14. Jeigu tėvai (globėjai) piktybiškai atsisako bendradarbiauti su Lopšeliu-darželiu dėl pagalbos mokiniui savirūpai įgyvendinimo Lopšelyje-darželyje ir neužpildo raštiško sutikimo, kad pagalba mokiniui savirūpai nereikalinga, konkretus atvejis gali būti nagrinėjamas Vaiko gerovės komisijos posėdyje, užtikrinant vaiko privatumą ir laikantis konfidencialumo principų.

III. SKYRIUS

VAIKŲ, SERGANČIŲ LĒTINĖMIS NEINFEKČINĖMIS LIGOMIS, MOKYKLOJE VARTOJAMŲ VAISTŲ ADMINISTRAVIMAS (LAIKYMAS, IŠDAVIMAS, NAUDOJIMAS IR KT.)

15. Gydytojų rekomendacija vartoti vaistus ugdymo proceso metu turi būti nurodyta formoje Nr. E 027-1 „Mokinio sveikatos pažymėjimas“.

16. Mokiniui reikalingi vartoti Lopšelyje-darželyje vaistai turi būti laikomi Lopšelio-darželio sveikatos kabinete ar kitoje rakinamoje patalpoje vaistų aprašymuose nurodytomis vaistų laikymo sąlygomis, užtikrinant, kad prie vaistų turėtų priėjimą tik vaistus mokiniui išduodantis asmuo.

17. Lopšelyje-darželyje mokiniui išduodami vartoti tik Plane nurodyti vaistai, Plane nurodytomis vaistų vartojimo dozėmis, laiku, vartojimo būdu.

18. Tėvai (globėjai, rūpintojai) Lopšeliui-darželiui vaistus turi pateikti originalioje pakuotėje su informaciniu lapeliu. Ant pakuotės turi būti užrašytas vaiko, kuriam skirti vaistai, vardas ir pavardė. Bet koku atveju pirma vaistų dozė turėtų būti suvartota vaikui esant namie.

19. Vaistus vaikui gali paduoti Lopšelio-darželio vadovo paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą mokiniui.

20. Vaistus vaikui Lopšelyje-darželyje gali duoti ir vaiko tėvai (globėjai).

21. Siekiant išvengti vaisto vartojimo klaidų, kiekvieną kartą vaikui duodant vaistą patikrinti:

21.1 ar vaistas yra tas, kuris nurodytas Plane;

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

21.3. ar vaistas yra skirtas tam vaikui;

21.4. ar teisinga vaisto dozė;

21.5. ar teisingas vaisto vartojimo laikas;

21.6. ar teisingas vaisto vartojimo būdas.

22. Mokinys vaistą turi suvartoti tik stebint Lopšelio-darželio vadovo paskirtam asmeniui, atsakingam už vaistų išdavimą mokiniui.

23. Lopšelio-darželio vadovo paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą, privalo užregistruoti kiekvieną vaistų išdavimo konkrečiam vaikui atvejį Vaistų išdavimo vaikams registracijos žurnale, nurodant vaiko duomenis (vardas, pavardė, gimimo metai), datą, vaistų pavadinimą, dozę, vaistų išdavimo laiką, vartojimo būdą, vaistus davusio asmens vardą ir pavardę, pareigas, parašą.

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

25. Reikalingos procedūros (pagalba, vaistų suleidimas ir kt.) atliekamos Lopšelio-darželio sveikatos kabinete ar kitoje vadovo paskirtoje patalpoje, kurioje yra praustuvė su tekančiu šaltu ir karštu vandeniu, užtikrinant mokinio privatumą ir konfidencialumą.

26. Jeigu vaikas pagalbą sau teikia pats, arba procedūra nereikalauja konfidencialumo ir specialių sąlygų, vaiko (tėvų, globėjų) pageidavimu ji gali būti atliekama grupėje.

27. Be gydytojo rekomendacijos vaistus saugoti, laikyti ir išduoti Lopšelio-darželio sveikatos kabinete ar kitoje Lopšelio-darželio vietoje yra draudžiama.

IV. SKYRIUS

BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS

28. Už Plano atskirose dalyse pateiktos informacijos teisingumą atsako mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) ir Lopšelis-darželis pagal tai, kokias Plano dalis jie pildė.

29. Už Plano ar atskirų Plano dalių vykdymą atsako Lopšelio-darželio vadovo paskirti asmenys.

30. Plano ir Tvarkos vykdymo kontrolę vykdo Lopšelio-darželio vadovas.

1 PRIEDAS. INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA CUKRINIŲ DIABETU, TEIKIMO LOPŠELYJE-DARŽELYJE PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga cukriniu diabetu, teikimo Lopšelyje-darželyje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Lopšelio-darželio, VS specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Lopšelyje-darželyje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio cukriniu diabetu, savirūpai Lopšelyje-darželyje 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:	
Lopšelio-darželio 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. SEIMOS 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:		

Pastaba. Esant poreikiui, pateikiama informacija ir apie kitus kontaktinius asmenis.

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ LOPŠELYJE-DARŽELYJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Lopšelio-darželio visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	<i>Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:</i>
	<i>Darbo grafikas Lopšelyje-darželyje:</i>	

	<i>Sveikatos kabineto vieta Lopšelyje-darželyje:</i>	<i>I aukštas Pietų miestelis</i>
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	<i>Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:</i>
	<i>Darbo grafikas Lopšelyje-darželyje:</i>	
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: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškančius požymius, simptomus:</i>	<i>Išvardinkite Jūsų vaikui būdingus simptomus, pvz.: didelis nuovargis, negalėjimas susikaupti, bendras silpnumas, pykinimas, mirgėjimas akyse, mieguistumas ir pan.</i>
Alergijos (išvardinkite):	<i>Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.:</i> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>pieno produktams</i> <input type="checkbox"/> <i>kiaušiniui</i> <input type="checkbox"/> <i>lateksui</i> <input type="checkbox"/> <i>kita:</i>

5. VAISTŲ VARTOJIMAS	
Lopšelis-darželis turi būti nedelsiant informuojamas apie visus šio vaiko gydymo pokyčius.	
5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ LOPŠELIO-DARŽELIO RIBŲ	
Jūsų vaikas serga cukriniu diabetu ir gydomas (<i>tinkamą (-us) variantą (-us) pažymėkite</i>):	<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 (<i>išvardinkite</i>):
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Lopšelyje-darželyje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jeigu taip , koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	<input type="checkbox"/> <i>hipoglikemija.</i> <input type="checkbox"/> <i>injekcijos vietose gali atsirasti tokios reakcijos kaip skausmas, paraudimas, dilgėlinė, tinimas ir niežėjimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Alerginės reakcijos: dilgėlinė, liežuvio ir lūpų tinimas, viduriavimas, pykinimas, nuovargis.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) -----</i> <hr/> <hr/>

5.2. GLIUKOZĖS TYRIMAS KRAUJYJE	
Mokinys turi gliukozės kiekio kraujyje matuoklį, todėl jis gali išsirtinti gliukozės kiekį kraujyje. Tai yra svarbi savirūpos dalis. Šia įranga negali naudotis kiti mokiniai (tinkamą pažymėkite)	
<input type="checkbox"/> Gliukozės kiekio kraujyje tyrimą turi atlikti tik apmokytas suaugęs asmuo; <input type="checkbox"/> Mokinys savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (reikia tik stebėti) <input type="checkbox"/> Mokinys savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (stebėti nereikia)	
Svarbu.	<p><i>Įvardinkite, kas yra svarbu matuojant gliukozės kiekį kraujyje ir kt., pvz.:</i></p> <input type="checkbox"/> <i>Gliukozės kiekio kraujyje tyrimas turėtų būti atliktas saugioje, švarioje, privačioje aplinkoje (pvz.: klasėje, sveikatos kabinete.).</i> <input type="checkbox"/> <i>Patalpoje turi būti priemonės rankų plovimui, prieš kiekvieną tyrimą būtina nusiplauti rankas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Gliukozės kiekis kraujyje turi būti nuo 5-8 mmol / l nevalgius iki 5-10 mmol / l po valgio.</i> <input type="checkbox"/> <i>Gliukozės kraujyje matavimo priemonės turėtų būti aiškiai paženklintos vaiko vardu ir laikomos vadovaujantis Lopšelio-darželio pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita _____</i> _____

5.3. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE			
Ar reikalinga mokiniui vartoti Lopšelyje-darželyje insuliną?	Taip	<input type="checkbox"/>	
	Ne	<input type="checkbox"/>	
<i>Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</i>			
Jeigu taip , taip pat užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie vaistų vartojimo dozę, laiką, vartojimo būdą ir naudojimo administravimą.			
<input type="checkbox"/> Insulinas suleidžiamas švirkštikliu (penu) <input type="checkbox"/> Insulinas suleidžiamas pompa			
Insulino pavadinimas	Dozė	Suleidimo laikas	Vaisto naudojimo administravimas
			<p><i>Išsamiai aprašykite kaip administruojamas vaisto naudojimas:</i></p> <input type="checkbox"/> <i>Insulinas turėtų būti aiškiai paženklintas vaiko vardu ir laikomas vadovaujantis Lopšelio-darželio pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka.</i> <input type="checkbox"/> <i>Insuliną vaikui leidžia tėtis/mama ARBA Insuliną susileidžia pats vaikas, reikalinga jį išduoti vaikui kiekvieną darbo dieną ____ val.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita _____</i> <input type="checkbox"/> _____

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 ugdymosi proceso metu Lopšelyje-darželyje 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)	<input type="checkbox"/> trauma, skausmas <input type="checkbox"/> infekcinė liga, ypač su aukšta temperatūra <input type="checkbox"/> vėmimas <input type="checkbox"/> praleisti valgymai <input type="checkbox"/> užsitęsęs fizinis krūvis <input type="checkbox"/> didelis emocinis stresas <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite):
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis?	<p>Lengva/vidutinė hipoglikemija Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai: <input type="checkbox"/> mokinys pagalbą gali suteikti sau pats, <input type="checkbox"/> reikalinga priežiūra, nedidelė pagalba: 1 Žingsnis. Nedelsiant duoti greitai veikiančios gliukozės ir ilgai veikiančių angliavandenių; 2 Žingsnis. Po 15 min. kartoti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą; 3 Žingsnis. Jei gliukozės kiekis kraujyje išlieka mažesnis nei 5,6 mmol/l—kartoti 1 Žingsnį. Jei gliukozės kiekis virš 5,6 mmol/l – daryti 4 Žingsnį. 4 Žingsnis. Kai kuriems vaikams reikalingas papildomas pavalgymas.</p> <p>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. Susisiekiate su mokinio tėvais.</p>

Kokia tolimesnių veiksmų seka?	<i>pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.</i>
HIPERGLIKEMIJA (<i>būklė kai gliukozės kiekis kraujyje daugiau nei ... mmol/l</i>)	
Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?	
Kas išprovokuoja hiperglikemiją jūsų vaikui? (<i>pažymėkite</i>)	<ul style="list-style-type: none"> <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 (<i>išvardinkite</i>): _____ _____ _____
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? (<i>papildykite, koreguokite jei reikia</i>)	<p><i>Jeigu gliukozės kiekis kraujyje viršija mmol/l, kai nėra jokių kitų simptomų:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Duoti gerti daug skysčių. Geriausia tinka negazuotas mineralinis vanduo (galima gerti ir silpnai gazuotą vandenį). <input type="checkbox"/> Leiskite mokiniui laisvai išeiti į tualetą. <input type="checkbox"/> Ribokite mokiniui fizinį krūvį. <input type="checkbox"/> Kita _____ _____ <p><i>Jeigu vis tiek viršija mmol/l.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kreiptis į tėvus, mokiniui gali prireikti ypač greito veikimo insulino. <p><i>Jeigu mažiau nei mmol/l:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kartoti gliukozės kraujyje tyrimą prieš kitą valgį. <input type="checkbox"/> Radus padidėjusį gliukozės kiekį kraujyje, kai vaikas pradeda vemti, giliai alsuoti, pasidaro vangus, netenka sąmonės būtina: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nedelsiant kviesti GMP. <input type="radio"/> Vykdyti GMP nurodymus <input type="radio"/> Informuoti tėvus/ globėjus. <input type="radio"/> ...
Kokia tolimesnių veiksmų seka?	<i>pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.</i>

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA		
Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Lopšelyje-darželyje?	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.

Kokios mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Lopšelyje-darželyje?	<i>pvz.: Gliukozės kiekio kraujyje kontrolė</i>
Kada jas reikia taikyti?	<input type="checkbox"/> Prieš valgi; <input type="checkbox"/> Prieš kūno kultūros pamokas; <input type="checkbox"/> Kai vaikas jaučiasi blogai;
Ar tam reikia kokios nors įrangos (priedaisų)?	<input type="checkbox"/> gliukomatis, adatėlės, <input type="checkbox"/> kita (įrašykite):

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU		
Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Lopšelyje-darželyje 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?	<i>pvz.: pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas</i>
Kada ir kaip ji turi būti teikiama?	<i>pvz.: tiekti vaikui valgyti gydytojo rekomendacijose nurodytu periodiškumu (pridedama)</i>

9. FIZINIS AKTYVUMAS		
Ar reikalingi kokie nors specialiosios pagalbos mokinio fizinio aktyvumo metu?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
Jeigu taip išvardinkite:	<input type="checkbox"/> prieš fizinio ugdymo pamokas vaikas turi pasimatuoti gliukozės kiekį kraujyje. Priminkite vaikui tai padaryti prieš kiekvieną fizinio ugdymo pamoką . <input type="checkbox"/> Pasiteiraukite vaiko, kokią cukraus kiekį kraujyje rodo gliukomatis: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jei šis rodiklis mažesnis nei mmol/l, būtina prieš fizinio ugdymo pamoką užkasti iš namų atsineštą užkandį <input type="checkbox"/> 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	<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)	<i>pvz.: negali susikaupti, dėmesio stoka, mieguistumas ir pan.</i>	
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?	<i>nurodykite</i>	

11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ	
Kokia pagalba (gali būti) reikalinga?	<input type="checkbox"/> <i>Prižiūrėti, ką vaikas valgo, geria.</i> <input type="checkbox"/> <i>Sėti gliukozės kiekį kraujyje prieš valgį</i> <input type="checkbox"/> <i>Organizuoti išvyką taip, kad būtų užtikrintas reguliarus savalaikis maitinimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita</i> <hr/>
Kada reikia suteikti pagalbą?	<input type="checkbox"/> <i>kai pasireiškia hipoglikemija/ hiperglikemija,</i> <input type="checkbox"/> <i>vaikas jaučiasi blogai, arba prašo pagalbos.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita</i> <hr/>
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

12. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS	
<i>Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai</i>	
Kokie mokymai yra reikalingi?	
Kas turi būti apmokyti?	

Mokymuose dalyvavusių asmenų vardas ir pavardė	Mokymų data:	Parašas:

13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPA, ŠALINIMAS	
Kokios atliekos gali susidaryti	<input type="checkbox"/> <i>panaudoti švirkštai</i> <input type="checkbox"/> <i>juostelės</i> <input type="checkbox"/> <i>vaistų pakuotės</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita</i> <i>(įrašykite)</i> _____ _____
Atliekų laikymo tara ir vieta	<input type="checkbox"/> Specialus konteineris ar sandariai uždaroma plastikinė dėžutė ar kita tara laikomi Sveikatos kabinete. <input type="checkbox"/> Atliekų laikymo tara Mokyklą aprūpina tėvai (globėjai, rūpintojai) <input type="checkbox"/> Atliekų laikymo tara Mokykla apsirūpina pati. <input type="checkbox"/> Kita _____
Atliekų šalinimo periodiškumas	pvz.: kartą per savaitę.
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	pvz.: <i>Kiekvienas penktadienis, 12 val.</i>

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.

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

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

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

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

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

- 1.
- 2.
3.

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

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (*jeigu pridedama*):

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

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

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		
<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. SEIMOS 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:		

Pastaba. Esant poreikiui, pateikiama informacija ir apie kitus kontaktinius asmenis.

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija</i> :	<i>Telefono numeris:</i> <i>Elektroninio pašto adresas:</i>
	<i>Darbo grafikas</i> <i>Mokykloje:</i>	

	<i>Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:</i>	<i>pvz.: 1 aukštas, 107 kab.</i>
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	<i>Telefono numeris:</i> <i>Elektroninio pašto adresas:</i>
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
Kiti svarbūs asmenys:
...

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ			
Kokia jūsų vaikui nustatytos 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>	<i>pvz.: šiuo metu jaučiasi gerai, simptomai išryškėja tik paūmėjimų metu.</i>		
Alergijos:	<i>Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.:</i>		
	<input type="checkbox"/> pieno produktams <input type="checkbox"/> kiaušiniui <input type="checkbox"/> lateksui <input type="checkbox"/> kita:		

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

Šalutinis vaistų poveikis Mokykloje mokymosi proceso metu?	<p>Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</p> <input type="checkbox"/> <i>Jaučiamas širdies plakimas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Drebulys.</i> <input type="checkbox"/> <i>Silpnas gerklės skausmas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Kosulys</i> <input type="checkbox"/> <i>Užkimimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Galvos skausmas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Galvos svaigimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Nenustygimas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Nervingumas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Sujaudinimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita _____</i>
--	--

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE		
Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
	<p>Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</p> <input type="checkbox"/> <i>Alerginės reakcijos.....</i> <input type="checkbox"/> <i>Jaučiamas širdies plakimas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Drebulys.</i> <input type="checkbox"/> <i>Silpnas gerklės skausmas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Kosulys</i> <input type="checkbox"/> <i>Užkimimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Galvos skausmas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Galvos svaigimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Nenustygimas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Nervingumas,</i> <input type="checkbox"/> <i>Sujaudinimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita _____</i>	

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 VEIKSMŲ JOMS IŠTIKUS

Bronchų astmos paūmėjimas - būklė, kai minutėmis, valandomis ar dienomis progresuoja dusulys, kosulys, švilpimas krūtinėje ir (ar) krūtinės veržimas, blogėja plaučių funkcijos rodikliai.

Bet kurio sunkumo astmos metu galimi lengvi, vidutinio sunkumo, sunkūs ar gresiantys kvėpavimo sustojimu astmos paūmėjimai.

Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	Taip	<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 (<i>išvardinkite</i>)	
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"/> dūmai, <input type="checkbox"/> Kita (<i>išvardinkite</i>):	Gyvūnų alergenai Patalpų pelėsiai Vaistai Stresas Oro sąlygos Oro tarša (tabako)
Ar jūsų vaikas pasako kai jam reikalingi medikamentai?	<input type="checkbox"/> Taip Ne	
Ar jūsų vaikui reikalinga pagalba vartojant (įkvėpiant) vaistus?	<input type="checkbox"/> Taip Ne	
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis?	<p><i>Jei BA paūmėjimas lengvas (dusulys vaikstant, kalba nesutrikusi, gali būti susijaudinęs, kvėpavimas padažnėjęs, vidutinio garsumo švilpimas tik iškvėpimo pabaigoje) pagalbą gali suteikti sau pats mokinytis, esant poreikiui kitas suaugęs asmuo gali padėti sergančiajam surasti ir padėti įkvėpti gydytojo paskirtų vaistų.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Padėti įkvėpti (Fenoterolio arba salbutamolio (ventolino) iki 3 kartų per pirmąją valandą). • Patogiai pasodinti. • Informuoti tėvus/ globėjus. • Nepalikti vieno. • Jei būklė blogėja kviešti GMP ir informuoti tėvus / globėjus. <p><i>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 iškviešti medikus;) – būtina:</i></p>	

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

7. MOKINIO SVEIKATOS BUKLĖS 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?	<input type="checkbox"/> <i>Paklausti vaiko kaip jaučiasi.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____ _____
Kada jas reikia taikyti?	<input type="checkbox"/> <i>Prieš ir po fizinio ugdymo pamokos, stresinėje situacijoje, pamačius, kad vaiko elgesys ne toks kaip visada.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____ _____

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?	<input type="checkbox"/> <i>pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas;</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____ _____
-------------------------------	--

9. FIZINIS AKTYVUMAS		
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 pamoką	<input type="checkbox"/> <i>padėti vaikui susirasti ir įkvėpti gydytojo paskirtų trumpo greito veikimo vaistų (salbutamolio), kuriuos vaikas turi su savimi Mokykloje.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ _____
Pagalbos veiksmai fizinio ugdymo pamokos metu	
Pagalbos veiksmai pertraukos metu	<input type="checkbox"/> <i>pavasarij, kai žydi augalai, neleisti per pertraukas bėgioti lauke.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ _____

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? (Aprašykite)	<input type="checkbox"/> <i>negali susikaupti,</i> <input type="checkbox"/> <i>bendras silpnumas,</i> <input type="checkbox"/> <i>mieguistumas,</i> <input type="checkbox"/> <i>kosulys,</i> <input type="checkbox"/> <i>galvos skausmas</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ _____
Kokia reikalinga pagalba mokinio mokymuisi?	<input type="checkbox"/> <i>atidėti namų darbų atlikimo terminai;</i> <input type="checkbox"/> <i>suteikti daugiau laiko užduotims atlikti;</i> <input type="checkbox"/> <i>pritaikytos mokymosi formos ir būdai (įvardinti, kokie);</i> <input type="checkbox"/> <i>reguliarūs susitikimai kas mėnesį su</i>

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

12. ISVYKOS IR VEIKLOS UZ MOKYKLOS RIBŲ	
Kokia pagalba (gali būti) reikalinga?	<input type="checkbox"/> <i>Gali reikėti padėti įkvėpti vaistus.</i> <input type="checkbox"/> <i>Prieš kelionę patikrinti ar vaikas su savimi turi būtinais pagalbai reikalingus vaistus.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita(įrašykite)</i> _____
Kada reikia suteikti pagalbą?	<input type="checkbox"/> <i>Išryškėjus paūmėjimo simptomams.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita(įrašykite)</i> _____ _____
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	

Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	
--	--

13. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS <i>Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvaujantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokiniui, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai</i>		
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	<input type="checkbox"/> <i>panaudoti švirškštai</i> <input type="checkbox"/> <i>juostelės</i> <input type="checkbox"/> <i>vaistų pakuotės</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____
Atliekų laikymo tara ir vieta	<input type="checkbox"/> <i>Specialus konteineris ar sandariai uždaroma plastikinė dėžutė ar kita tara laikomi Sveikatos kabinete;</i> <input type="checkbox"/> <i>Atliekų laikymo tara Mokyklą aprūpina tėvai (globėjai, rūpintojai);</i> <input type="checkbox"/> <i>Atliekų laikymo tara Mokykla aprūpina pati.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____
Atliekų šalinimo periodiškumas	<i>pvz.: kartą per savaitę.</i>
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	<i>pvz.: Kiekvienas penktadienis, 12 val.</i>

SUTIKIMAS

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

Aš sutinku, kad:

Mokykla mano vaikui reikalingus vartoti Mokykloje vaistus administruotų Mokyklos

pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka

Mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą vaiko vartojimui šiame PLANE nurodytais laiko intervalais, dozėmis, būdais, taip pat ir teikiant pagalbą ligos paūmėjimo atvejais, kaip tai yra nurodyta šiame PLANE.

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

Aš esu susipažinęs su Mokyklos man pateiktu Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

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

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

Aš Mokyklos vardu **sutinku** su 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** PLANA, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

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

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

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

- 1.
- 2.
3.

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

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jeigu pridedama):

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

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

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. SEIMOS 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:		

Pastaba. Esant poreikiui, pateikiama informacija ir apie kitus kontaktinius asmenis.

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	<i>Telefono numeris:</i> <i>Elektroninio pašto adresas:</i>
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	

	<i>Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:</i>	<i>pvz.: 1 aukštas, 107 kab.</i>
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	<i>Telefono numeris:</i> <i>Elektroninio pašto adresas:</i>
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
Kiti svarbūs asmenys:
...

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ			
Koks Jūsų vaiku nustatyto dermatito tipas?			
Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:</i>	<i>pvz.: Bendra būklė gera. Vargina odos paraudimas, patinimas, niežulys, pleiskanojimas, lupimasis. Gretas nuovargis. Liūdesys.</i>		
Kokie bendri simptomai būdingi jūsų vaikui?	<input type="checkbox"/> intensyvus niežėjimas; <input type="checkbox"/> miego sutrikimai; <input type="checkbox"/> paryškėjęs odos piešinys; <input type="checkbox"/> nuo kasymo atsiradusios stigos (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"/> Namų dulkių erkių alergenai <input type="checkbox"/> Maisto alergenai <input type="checkbox"/> Patalpų teršalai <input type="checkbox"/> Žiedadulkės <input type="checkbox"/> Oro sąlygos <input type="checkbox"/> Oro tarša <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite):	<input type="checkbox"/> Gyvūnų alergenai <input type="checkbox"/> Patalpų pelėsiai <input type="checkbox"/> Vaistai <input type="checkbox"/> Stresas	

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"/>
<p>Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? pvz.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Alerginės reakcijos: odos bėrimas, įskaitant raudoną niežtinčią odą, patinimas aplink akis ir lūpas, apsunkintas kvėpavimas ir ryjimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Dirginimas, niežėjimas, paraudimas vaisto vartojimo vietoje.</i> <input type="checkbox"/> <i>Odos infekcijos</i> <input type="checkbox"/> <i>Vartojimo vietos reakcijos, pvz.: bėrimas, skausmas, perštėjimas, nesunkus odos pleiskanojimas, sausumas, patinimas ir egzemos simptomų pasunkėjimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita:</i> 		

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE		
Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
<p>Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? pvz.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Alerginės reakcijos: odos bėrimas, įskaitant raudoną niežtinčią odą, patinimas aplink akis ir lūpas, apsunkintas kvėpavimas ir ryjimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Dirginimas, niežėjimas, paraudimas vaisto vartojimo vietoje.</i> <input type="checkbox"/> <i>Odos infekcijos</i> <input type="checkbox"/> <i>Vartojimo vietos reakcijos, pvz.: bėrimas, skausmas, perštėjimas, nesunkus odos pleiskanojimas, sausumas, patinimas ir egzemos simptomų pasunkėjimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita:</i> 		

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

Irašykite

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI LĒTINĖS NEINFEKČINĖS LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMŲ JOMS IŠTIKUS		
Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	Taip	<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)	<input type="checkbox"/> <i>Prasideda iškart po kontakto su dirgikliais.</i> <input type="checkbox"/> <i>oda parausta, paburksta, atsiranda pūslelių, pažeistas paviršius šlapiuoja</i> <input type="checkbox"/> <i>Uždegimas skausmingas. Jaučiamas deginimas, perštėjimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita: _____</i> _____
Kas išprovokuoja dermatito (egzemos) paūmėjimo būklę jūsų vaikui? (išvardinkite)	<input type="checkbox"/> <i>maisto alergenai (karvės pienas, kiaušiniai, žuvis, riešutai, kviečiai, sojos);</i> <input type="checkbox"/> <i>ore esantys alergenai (kontaktas su namų aplinkos alergenais – namų dulkių erkės, pelėsis, naminiai gyvūnai; išoriniai aplinkos alergenai – žiedadulkės, grybelių sporos);</i> <input type="checkbox"/> <i>įvairūs cheminiai ir fiziniai dirgikliai (skalavimo priemonės, vilnoniai, sintetiniai drabužiai, tabako dūmai (pasyvus vaikų rūkymas);</i> <input type="checkbox"/> <i>staigi oro drėgmės bei temperatūros kaita ;</i> <input type="checkbox"/> <i>kai kurie medikamentai;</i> <input type="checkbox"/> <i>stresas, nervinė įtampa</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita: : _____</i> _____
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis? (išvardinkite)	<input type="checkbox"/> <i>Šalinti priežastį,</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ pašalinti ar sumažinti visus dirginančius ir odos būklę bloginančius veiksnius ○ vengti maisto alergenų; ○ vaikus patariama rengti nešiurkščiais natūralaus pluošto, geriausiai – medvilniniais drabužiais; ○ prausimosi priemonės turi būti neutralios, be šarmų, dažiklių, kvapiųjų medžiagų. <input type="checkbox"/> <i>Barjerinės odos funkcijos atkūrimas emolientais.</i> <input type="checkbox"/> <i>kita: : _____</i> _____
Kokia tolimesnių veikslių seka? (pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.)	<i>Įvertinti, kas sukėlė ligos paūmėjimą? Aptarti su tėvais, kaip galima būtų išvengti paūmėjimų? Gal reikalinga psichologo pagalba?</i>

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?	<input type="checkbox"/> <i>Paklausti ar gerai jaučiasi, pastebėjus, kad vaikas kaso perštinčią vietą patarti kaip sumažinti niežulį (nesikasyti, bet su plaštaka per drabužius pastuksenti).</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ _____
Kada jas reikia taikyti?	<input type="checkbox"/> <i>Pastebėjus, kad paryškėjo bėrimai, niežulys, pablogėjo vaiko savijauta, emocinė būklė.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ _____

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?	<input type="checkbox"/> <i>pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ _____
-------------------------------	---

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)	<input type="checkbox"/> <i>Priminti vaikui plaukimo pamokos metu dėvėti apsauginius akinius, kad mažiau dirgintų akis.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite)</i> _____ _____ _____
---	---

Pagalbos veiksmai po fizinio ugdymo/plaukimo pamokos (ar lankymosi baseine)	<input type="checkbox"/> <i>Priminti vaikui po plaukimo pamokos kruopščiai nusiprausti po dušu, kad oda būtų mažiau dirginama; nusiprausus pasitepti plaštakų odą _____ tepalu.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____ _____
Pagalbos veiksmai pertraukų metu	<input type="checkbox"/> <i>Pavasarij, kai žydi alksniai, neleisti į lauką.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____ _____

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

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ	
Kokia pagalba reikalinga?	<input type="checkbox"/> <i>Šalinti priežastį. Planuojant kelionę numatyti galimus dirgiklius ir jų vengti.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____ _____
Kada reikia suteikti pagalbą?	<input type="checkbox"/> <i>Išryškėjus paūmėjimo simptomams.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) _____</i> _____ _____
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

13. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS		
<i>Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai</i>		
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	<input type="checkbox"/> <i>panaudoti tvarsčiai</i> <input type="checkbox"/> <i>panaudoti pleistrai</i>
Atliekų laikymo tara ir vieta	<input type="checkbox"/> <i>specialus konteineris ar sandariai uždaroma plastikinė dėžutė ar kita tara laikomi Sveikatos kabinete.</i> <input type="checkbox"/> <i>Atliekų laikymo tara Mokyklą aprūpina tėvai (globėjai, rūpintojai) / Atliekų laikymo tara Mokykla apsirūpina pati.</i> <input type="checkbox"/>
Atliekų šalinimo periodiškumas	<i>pvz.: kartą per savaitę.</i>
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai (globėjai, rūpintojai) pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	<i>pvz.: Kiekvienas penktadienis, 12 val.</i>

SUTIKIMAS

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

Aš sutinku, kad:

- Mokykla mano vaikui reikalingus vartoti Mokykloje vaistus administruotų Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka
- Mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą vaiko vartojimui šiame PLANE nurodytais laiko intervalais, dozėmis, būdais, taip pat ir teikiant pagalbą ligos paūmėjimo atvejais, kaip tai yra nurodyta šiame PLANE.
- Aš sutinku, kad mano vaikas Mokykloje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.
- Aš esu susipažinęs su Mokyklos man pateiktu Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

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

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

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

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

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

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

- 1.
- 2.
3.

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

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (*jeigu pridedama*):

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

4 PRIEDAS INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA _____, TEIKIMO MOKYKLOJE PLANAS

Ligos pavadinimas

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga _____, teikimo Mokykloje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Mokyklos, VS specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio _____, 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. SEIMOS NARIŲ KONTAKTINE 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:		

Pastaba. Esant poreikiui, pateikiama informacija ir apie kitus kontaktinius asmenis.

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	<i>Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:</i>
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
	<input type="checkbox"/> <i>Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:</i>	<i>pvz.: 1 aukštas, 107 kab.</i>
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	<i>Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:</i>
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
Kiti svarbūs asmenys:
...

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ	
Ligos pavadinimas (<i>įrašykite</i>)	Vaikas serga _____
Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:</i>	
Alergijos (<i>išvardinkite</i>):	<i>Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.:</i> <input type="checkbox"/> <i>pieno produktams</i> <input type="checkbox"/> <i>kiaušiniui</i> <input type="checkbox"/> <i>lateksui</i> <input type="checkbox"/> <i>kita:</i>

5. VAISTŲ VARTOJIMAS
<i>Mokykla turi būti nedelsiant informuojama apie visus šio vaiko gydymo pokyčius.</i>

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ	
Ar mokinys reguliariai vartoja Vaistus už mokyklos ribų?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jeigu TAIP , nurodykite kokius vaistus vartoja jūsų vaikas?	Įrašykite vaisto pavadinimą _____ _____ _____ _____
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jeigu taip , koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	<input type="checkbox"/> <i>injekcijos vietose gali atsirasti tokios reakcijos kaip skausmas, paraudimas, dilgėlinė, tinimas ir niežėjimas.</i> <input type="checkbox"/> <i>Alerginės reakcijos: dilgėlinė, liežuvio ir lūpų tinimas, viduriavimas, pykinimas, nuovargis.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (įrašykite) -----</i> _____ _____

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

			<i>Išsamiai aprašykite kaip administruojamas vaisto naudojimas:</i>
--	--	--	---

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	<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.

6.1. LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS SIMPTOMAI IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS

Kokie yra būdingi ligos paūmėjimo simptomai jūsų vaikui?	<i>Detaliai aprašykite simptomus ir kaip šią būklę atpažinti:</i>
Kas išprovokuoja ligos paūmėjimą jūsų vaikui? (pažymėkite)	<input type="checkbox"/> trauma, skausmas <input type="checkbox"/> infekcinė liga, ypač su aukšta temperatūra <input type="checkbox"/> vėmimas <input type="checkbox"/> praleisti valgymai <input type="checkbox"/> užsitęsęs fizinis krūvis

	<input type="checkbox"/> didelis emocinis stresas <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite): _____ _____ _____
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis?	<i>Pateikiami konkretūs reikalingos pagalbos veiksmai:</i>
Kokia tolimesnių veikslių seka?	<i>pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.</i>

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.

Kokios mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Mokykloje?	
Kada jas reikia taikyti?	<input type="checkbox"/> Prieš valgi; <input type="checkbox"/> Prieš kūno kultūros pamokas; <input type="checkbox"/> Kai vaikas jaučiasi blogai; <input type="checkbox"/> Kita _____

Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne (įrašykite): Jeigu Taip, įrašykite kokių _____ _____ _____ _____

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?	<i>pvz.: pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas</i>
Kada ir kaip ji turi būti teikiama?	<i>pvz.: tiekti vaikui valgyti gydytojo rekomendacijose nurodytu periodiškumu (pridedama)</i>

9. FIZINIS AKTYVUMAS

Ar reikalingi kokie nors specialios pagalba 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)	Taip	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	------	--------------------------

gali turėti įtakos mokinio mokymuisi?	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)	<i>pvz.: negali susikaupti, dėmesio stoka, mieguistumas ir pan.</i>	
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?	<i>nurodykite</i>	

11. ISVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Kokia pagalba (gali būti) reikalinga?	
Kada reikia suteikti pagalbą?	<input type="checkbox"/> <i>kai vaikas jaučiasi blogai, arba prašo pagalbos.</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita</i> _____
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: _____

Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	<i>pvz.: Kiekvienas penktadienis, 12 val.</i>
---	---

SUTIKIMAS

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

Aš sutinku, kad:

- Mokykla mano vaikui reikalingus vartoti Mokykloje vaistus administruotų Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka
- Mokykla bus atsakinga už vaistų išdavimą vaiko vartojimui šiame PLANE nurodytais laiko intervalais, dozėmis, būdais, taip pat ir teikiant pagalbą ligos paūmėjimo atvejais, kaip tai yra nurodyta šiame PLANE.
- Aš sutinku, kad mano vaikas Mokykloje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.
- Aš esu susipažinęs su Mokyklos man pateiktu Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.

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

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

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

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

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

Aš **sutinku** padėti Mokyklai įgyvendinti šiame PLANE pateiktas asmens sveikatos priežiūros specialistų rekomendacijas šiam mokiniui ir atlikti šiuos, PLANE nurodytus,

veiksmus mano darbo Mokykloje grafike nustatytu darbo laiku (išvardinkite):

- 1.
- 2.
3.

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

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (*jeigu pridedama*):

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