

PATVIRTINTA  
Visagino Draugystės progimnazijos  
direktoriaus 2023 m. gegužės 25 d.  
įsakymu Nr. V-67

## VISAGINO DRAUGYSTĖS PROGIMNAZIJS MOKINIŲ, SERGANČIŲ LĒTINĖMIS NEINFĒKČINĖMIS LIGOMIS, SAVIRŪPOS PROCESO ORGANIZAVIMO TVARKOS TVARKA

### I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Visagino Draugystės progimnazijos mokinių sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (toliau – LNL) savirūpos proceso organizavimo tvarkos Tvarka (toliau – Tvarka) nustato mokinių savirūpos proceso organizavimą Visagino Draugystės progimnazijoje (toliau – Progimnazija), mokytojų, mokinių, tėvų (globėjų, rūpintojų) atsakomybes ir pareigas.

2. Aprašo tikslas – užtikrinti sklandų savirūpos proceso organizavimą Progimnazijoje.

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

4. Savirūpos procesas organizuojamas atsižvelgiant į mokinio poreikius ir tiksliai gydytojų rekomendacijas pagal mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų) ir Progimnazijos darbuotojų parengtą savirūpos planą (*1 priedas*).

5. Tvarka parengtas vadovaujantis:

5.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugpjūčio 10 d. įsakymu Nr. V773 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 21:2017 „Mokykla, vykdanči bendrojo ugdymo programas. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“ (galiojanti suvestinė redakcija nuo 2020-05-01);

5.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. V-1035/ISAK-2680 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“ (galiojanti suvestinė redakcija nuo 2021-04-10);

5.3. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2007 m. rugpjūčio 1 d. įsakymu Nr. V630 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą mokykloje, kvalifikacinių reikalavimų aprašo patvirtinimo (galiojanti suvestinė redakcija nuo 2021-06-23);

5.4. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro „Lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (cukriniu diabetu, bronchų astma ir dermatitu) sergančių vaikų, ugdomų bendrojo ugdymo įstaigose, sveikatos priežiūros mokyklose“ (2020) rekomendacijomis.

### II SKYRIUS SĄVOKOS IR APIBRĒŽIMAI

6. Apraše naudojamos sąvokos ir apibrėžimai:

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

6.2. **Mokinys** – asmuo, kuris mokosi Progimnazijoje.

6.3. **Tėvai (globėjai, rūpintojai)** – mokinio atstovai pagal įstatymą, kaip tai nustatyta LR vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme 18, t. y. vaiko tėvai, vaiką įvaikinus, – itėviai, nustačius globą ar rūpybą, – globėjai ar rūpintojai, įstatymų nustatytais atvejais – valstybinė vaiko teisių apsaugos institucija.

6.4. **Savirūpa** – mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, 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 mokyklos darbuotojų pagalba, kaip tai nustatyta Plane.

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

### III SKYRIUS SAVIRŪPOS PROSESO ORGANIZAVIMAS

7. Savirūpos procesas Progimnazijoje organizuojamas, jei:

7.1. Mokinys, mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai), rašydami prašymą dėl priėmimo / pasirašydami mokymo sutartį į / su Progimnaziją (a), pažymi, kad mokinys serga LNL ir jam reikalinga pagalba savirūpai.

7.2. Apie esantį / atsiradusį savirūpos organizavimo poreikį mokiniui, mokinys, mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) informuoja Progimnaziją teikdami prašymą Progimnazijos direktoriui (3 priedas).

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

8. Savirūpos proceso organizavimo eiga:

8.1. Paaiškėjus, kad mokiniui reikalingą pagalbą, Progimnazijos įgaliotas atstovas kartu su

VSS inicijuoja individualų pokalbį su tėvais (globėjais, rūpintojais). Neįvykus individualiam pokalbiui mokinio tėvus (globėjus, rūpintojus) įgaliotas atstovas kviečia į įstaigos Vaiko gerovės komisijos (toliau – VGK) posėdį. Į posėdį pakviečiami: mokinys, mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai). Jo metu mokinys, mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) supažindinami su Progimnazijos galimybėmis organizuoti mokinio savirūpai reikalingą pagalbą, aptariama individualaus savirūpos plano (toliau – Planas) būtinybė bei jo parengimas.

8.2. Progimnazijos įgaliotas atstovas ir VSS rengia planą pagal tiksliai, aiškiai išdėstytas gydytojo rekomendacijas bei tėvų išsakytus lūkesčius.

8.3. Progimnazijos įgaliotas atstovas supažindina mokinį, tėvus (globėjus, rūpintojus) su planu.

8.4. Tėvai (globėjai, rūpintojai) užpildo Plano 2, 5 dalis.

8.5. Planas suderinamas su tėvais jiems pasirašant .

8.6. Planas suderinamas su Progimnazijos VSS jam pasirašant .

8.7. Suderintas Planas įsakymu tvirtinamas Progimnazijos vadovo.

8.8. Įgaliotas atstovas sudaro sąrašą asmenų, kurie dalyvauja konkretaus mokinio Plano įgyvendinime, nurodant kiekvieno iš jų konkrečius Plano įgyvendinimo veiksmus.

8.9. Įgaliotas atstovas supažindina ir apmoko Planą įgyvendinančius Progimnazijos darbuotojus.

8.10. Suderintas ir patvirtintas Planas tampa Mokymo sutarties neatsiejama dalimi.

8.11. Įgaliotas atstovas Plano įgyvendinime dalyvaujančius asmenis supažindina su duomenų apsaugos įstatymu, pateikia pasirašyti „Pasižadėjimą saugoti tvarkomų asmens ir kitų duomenų paslaptį, laikytis duomenų saugos reikalavimų“ (2 priedas)

8.12. Planas gali būti koreguojamas pasikeitus mokinio sveikatos būklei.

8.13. Tėvai (globėjai, rūpintojai) gali atsisakyti savirūpos mokiniui organizavimo, atsisakymą išreikšdami raštiškai.

8.14. Progimnazija apie tėvų (globėjų, rūpintojų) atsisakymą dalyvauti savirūpos procese per 3 d. informuoja savivaldybės tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorių.

### IV SKYRIUS VARTOJAMŲVAISTŲ ADMINISTRAVIMAS

## (LAIKYMAS, IŠDAVIMAS, NAUDOJIMAS IR KT.)

9. Mokiniai reikalingi vartoti Progimnazijoje vaistai turi būti laikomi Progimnazijos sveikatos kabinete ar kitoje rakinamoje patalpoje vaistų aprašymuose nurodytomis vaistų laikymo sąlygomis, užtikrinant, kad prie vaistų turėtų priėjimą tik vaistus mokiniui išduodantis asmuo.

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

11. Tėvai (globėjai, rūpintojai) Progimnazijai 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.

12. Vaistus vaikui gali paduoti Progimnazijos VSS (jo darbo Progimnazijos metu) ar/arba Progimnazijos vadovo paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą mokiniui.

13. Vaistus vaikui Progimnazijoje gali duoti ir vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai).

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

14.1. ar vaistas yra tas, kuris nurodytas Plane;

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

14.3. ar vaistas yra skirtas tam vaikui;

14.4. ar teisinga vaisto dozė;

14.5. ar teisingas vaisto vartojimo laikas;

14.6. ar teisingas vaisto vartojimo būdas.

15. Mokinys vaistą turi suvartoti tik stebint Progimnazijos VSS (jo darbo Progimnazijos metu) ar kitam Progimnazijos vadovo paskirtam asmeniui, atsakingam už vaistų išdavimą mokiniui.

16. VSS ar kitas Progimnazijos vadovo paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą, privalo užregistruoti kiekvieną vaistų išdavimo konkrečiam vaikui atvejis Vaistų išdavimo vaikams registracijos žurnale (*4 priedas*), nurodant vaiko duomenis (vardas, pavardė, gimimo metai), datą, vaistų pavadinimą, dozę, vaistų išdavimo laiką, vartojimo būdą, vaistus davusio asmens vardą ir pavardę, pareigas, parašą.

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

## IV SKYRIUS PROGIMNAZIJS ATSAKOMYBĖS IR PAREIGOS

18. Progimnazija įsipareigoja:

18.1. Sudaryti sąlygas mokinio savirūpai organizuoti.

18.2. Parengti individualų savirūpos planą.

18.3. Organizuoti individualius pokalbius, VGK posėdžius su mokiniu, tėvais (globėjais, rūpintojais).

18.4. Tvarkyti ir saugoti surinktus mokinių ir tėvų (globėjų, rūpintojų) asmens duomenis laikantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento ir Asmens duomenų tvarkymo Progimnazijoje taisyklių reikalavimų.

19. Progimnazija atsako už sklandų savirūpos proceso organizavimą, individualaus savirūpos plano sudarymą bei proceso koordinavimą.

## V SKYRIUS MOKINIO, TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) ATSAKOMYBĖS IR PAREIGOS

20. Informuoti Progimnazija apie savirūpos organizavimo poreikį.

21. Suteikti reikiamą informaciją Plano rengimui.
  22. Pateikti gydytojų rekomendacijas.
  23. Atvykti į individualius susitikimus, VGK posėdžius.
  24. Plane užpildyti tėvams (globėjams, rūpintojams) skirtas dalis ir pateikti reikiamą informaciją.
  25. Mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai) atsako už individualaus savirūpos plano įgyvendinimą, vykdymą.
  26. Tėvai (globėjai, rūpintojai) privalo užtikrinti, suteikti visas Plane nurodytas priemones ir medikamentus bei pasirūpinti susidarančių atliekų šalinimu.
-

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

## VISAGINO DRAUGYSTĖS PROGIMNAZIJOS INDIVIDUALUS SAVIRŪPOS PLANAS

### KAI MOKINYS SERGA CUKRINIŲ DIABETU

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

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

***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>Darbo grafikas Progimnazijoje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Progimnazijoje:</i>	
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	

	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Progimnazijoje:</i>	
Kiti svarbūs asmenys:		
<b>4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ</b>		
Diabeto tipas (pažymėkite)	<input type="checkbox"/> I tipas	<input type="checkbox"/> II tipas
Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (ių) aprašymą:</i>		
Alergijos (išvardinkite):		

<b>5. VAISTŲ VARTOJIMAS</b>	
<i>Progimnazija turi būti nedelsiant informuojama apie visus šio vaiko gydymo pokyčius.</i>	
<b>5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ</b>	
Jūsų vaikas serga cukriniu diabetu ir gydomas (tinkamą (us) variantą (-us) pažymėkite):	<input type="checkbox"/> Insulino injekcijomis kiekvieno valgymo metu <input type="checkbox"/> Insulino injekcijomis – pompa <input type="checkbox"/> Keliomis insulino injekcijomis per dieną (injekcijos mokykloje nereikalingos) <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite):
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Progimnazijoje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	

<b>5.2. GLIUKOZĖS TYRIMAS KRAUJYJE</b>	
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.	

<b>5.3. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE</b>		
Ar reikalinga mokiniui vartoti Progimnazijoje 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

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

Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Progimnazijoje 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 užsitęsęs fizinis krūvis didelis emocinis stresas kita (išvardinkite):
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis?	Lengva / vidutinė hipoglikemija Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:  Sunki hipoglikemija Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:
Kokia tolimesnių veikslių seka?	<i>pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.</i>

#### HIPERGLIKEMIJA (būklė kai gliukozės kiekis kraujyje daugiau nei mmol/l)

Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?	
--	--

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

#### 7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

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

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

Kokia mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonė turi būti taikoma Progimnazijoje?	
Kada ją reikia taikyti?	
Ar tam reikia kokios nors įrangos (priedais)?	<input type="checkbox"/> gliukomatis, adatėlės, kita (įrašykite):
Kokie pagalbos veiksmai turi būti atlikti vykdant šią mokinio būklės stebėsenos priemonę?	

#### 8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ PROGIMNAZIJOJE METU

Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Progimnazijoje 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 reikalinga?	
Kada ir kaip ji turi būti teikiama?	

### 9. FIZINIS AKTYVUMAS

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

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

Ar mokinio sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos 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)	
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. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ PROGIMNAZIJOS RIBŲ

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

**12. PROGIMNAZIJOS PERSONALO MOKYMAS**

*Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys 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	
Atliekų laikymo tara ir vieta	
Atliekų šalinimo periodiškumas	
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Progimnazijos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	

**SUTIKIMAS**

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

Aš sutinku, kad:

- Progimnazija mano vaikui reikalingus vartoti Progimnazijoje vaistus administruotų Progimnazijos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka
- Progimnazija 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 Progimnazijoje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.
- Aš esu susipažinęs su Progimnazijos man pateiktu 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 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 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 Progimnazijos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

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

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

- 1.
- 2.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą 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.

## KAI MOKINYS SERGA BRONHŲ ASTMA

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

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

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

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ PROGIMNAZIJOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Progimnazijos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Progimnazijoje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Progimnazijoje:</i>	
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Progimnazijoje:</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:</i>				
Alergijos:				

## 5. VAISTŲ VARTOJIMAS

### 5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ PROGIMNAZIJOS RIBŲ

Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Progimnazijos ribų?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
Jeigu taip, ar gali pasireikšti vaistų	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
Šalutinis poveikis Progimnazijoje mokymosi proceso metu?	<i>Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</i>	

### 5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS PROGIMNAZIJOJE

Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Progimnazijoje?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
	<i>Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</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 Progimnazijos 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 Progimnazijoje 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	<input type="checkbox"/> Švokštimas (švilpimas), <input type="checkbox"/> dusulys,	
Dažniausiai būdingi jūsų vaikui?	<input type="checkbox"/> kosulys (sausas ar produktyvus), <input type="checkbox"/> sunkumo (veržimo) jautimas krūtinėje 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"/> Kita ( <i>išvardinkite</i> ):	Gyvūnų alergenai Patalpų pelėsiai Vaistai Stresas Oro sąlygos Oro tarša (tabako dūmai,
Ar jūsų vaikas pasako kai jam reikalingi medikamentai?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
Ar jūsų vaikui reikalinga pagalba vartojant (įkvepiant) vaistus?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis?		
Kokia tolimesnių veikslių seka?		

#### 7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Progimnazijoje?	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 Progimnazijoje?	
Kada jas reikia taikyti?	

#### 8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ PROGIMNAZIJOJE METU

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

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

Kokia pagalba yra reikalinga?	
-------------------------------	--

#### 9. FIZINIS AKTYVUMAS

Ar reikalingi kokie nors specialios 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	
Pagalbos veiksmai fizinio ugdymo pamokos metu	
Pagalbos veiksmai pertraukos metu	

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

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

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

Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti mokymąsi? ( <i>Aprašykite</i> )	
Kokia reikalinga pagalba mokinio mokymuisi?	

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

11. PROGIMNAZIJOS FIZINĖ APLINKA	
Ar gali Progimnazijos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę?	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Kokie Progimnazijos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?	
Kokių veikslių reikėtų imtis Progimnazijai siekiant sumažinti galimą neigiamą Progimnazijos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	

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

13. PROGIMNAZIJOS PERSONALO MOKYMAS	
<i>Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Progimnazijos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokiniui, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai</i>	
Kas turi būti apmokyti?	



### 13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS

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

### SUTIKIMAS

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

Aš sutinku, kad:

- Progimnazija mano vaikui reikalingus vartoti Progimnazijoje vaistus administruotų Progimnazijos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka
- Progimnazija 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 Progimnazijoje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.
- Aš esu susipažinęs su Progimnazijos man pateiktu 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 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 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 Mokyklos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

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

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

- 1.
- 2.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą 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.

**KAI MOKINYS SERGA DERMATITU**

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

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

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

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ PROGIMNAZIJOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Progimnazijos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Progimnazijoje:</i>	
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Progimnazijoje:</i>	
Kiti svarbūs asmenys:	...	...
...	...	...

**4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ**

Koks Jūsų vaikui nustatyto dermatito tipas?	<input type="checkbox"/> atopinis dermatitas	<input type="checkbox"/> kontaktinis dermatitas	<input type="checkbox"/> seborėjinis dermatitas
Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (ių) aprašymą:</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 stigmos (atsivėrę žaizdos); <input type="checkbox"/> gali pakisti tuštinimasis – viduriavimas, vidurių užkietėjimas; <input type="checkbox"/> riebi, patinusi oda; <input type="checkbox"/> baltos arba gelsvos pleiskanos; <input type="checkbox"/> pilvo skausmai; <input type="checkbox"/> pilvo pūtimas; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite):		
Alergijos: (nurodykite)	<input type="checkbox"/> <i>Namų dulkių erkių alergenai</i> <input type="checkbox"/> <i>Maisto alergenai</i> <input type="checkbox"/> <i>Patalpų teršalai</i> <input type="checkbox"/> <i>Žiedadulkės</i> <input type="checkbox"/> <i>Oro sąlygos</i> <input type="checkbox"/> <i>Oro tarša,</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (išvardinkite):</i>	<input type="checkbox"/> <i>Gyvūnų alergenai</i> <input type="checkbox"/> <i>Patalpų pelėsiai</i> <input type="checkbox"/> <i>Vaistai</i> <input type="checkbox"/> <i>Stresas</i>	

## 5. VAISTŲ VARTOJIMAS

### 5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ PROGIMNAZIJOS RIBŲ

Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Progimnazijos ribų?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
Jeigu taip, ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Progimnazijoje mokymosi proceso metu?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
	<i>Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</i>	

### 5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Progimnazijoje?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
	<i>Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</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 Progimnazijos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka.*

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

#### 6. GALINČIOS PASIREIKŠTI LĒTINĖS NEINFEKCIINĖS LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMŲ JOMS IŠTIKUS

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

#### 7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Progimnazijoje?	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 Progimnazijoje?	
Kada jas reikia taikyti?	

### 8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ PROGIMNAZIJOJE METU

Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Progimnazijoje 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?	yra	
-------------------------------	-----	--

### 9. FIZINIS AKTYVUMAS/PLAUKIMO PAMOKA (AR LANKYMASIS BASEINE)

Ar reikalingi kokia nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>

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

Pagalbos veiksmai prieš fizinio ugdymo/plaukimo pamoką (ar lankymąsi baseine)	
Pagalbos veiksmai po fizinio ugdymo/plaukimo pamokos (ar lankymosi baseine)	
Pagalbos veiksmai pertraukų metu	

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

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

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

Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti mokymąsi?	
Kokia reikalinga pagalba mokinio mokymuisi?	
Ar mokiniui gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu?	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>

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

#### 11. PROGIMNAZIJOS FIZINĖ APLINKA

Ar gali Progimnazijos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę?	Taip <input type="checkbox"/>
	Ne <input type="checkbox"/>
Kokie Progimnazijosfizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?	
Kokių veiksmy reikėtų imtis Progimnazijai siekiant sumažinti galimą neigiamą Progimnazijos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	

#### 12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

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

#### 13. PROGIMNAZIJOS PERSONALO MOKYMAS

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

### SUTIKIMAS

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

#### **Aš sutinku, kad:**

- Progimnazija mano vaikui reikalingus vartoti Progimnazijoje vaistus administruotų Progimnazijos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka
- Progimnazija 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 Progimnazijoje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.
- Aš esu susipažinęs su Progimnazijos man pateiktu 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 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 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 Progimnazijos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.



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

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

- 1.
- 2.
- 3.

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

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

1. \_\_\_\_\_, X lapų.
2. \_\_\_\_\_, X lapų.

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

**PASIŽADĖJIMAS**

**SAUGOTI VISAGINO DRAUGYSTĖS PROGIMNAZIJS TVARKOMŲ VAIKŲ IR JŲ  
TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) ASMENS IR KITŲ DUOMENŲ PASLAPTĮ,  
LAIKYTI DUOMENŲ SAUGOS REIKALAVIMŲ**

\_\_\_\_\_  
Nr. \_\_\_\_\_  
(data) (registracijos numeris)

\_\_\_\_\_  
(sudarymo vieta)

1. Aš suprantu, kad:

1.1. savo darbe susipažinsiu su konfidencialia informacija, kuri negali būti atskleista ar perduota neįgaliotiems asmenims ar institucijoms;

1.2. draudžiama sudaryti sąlygas neįgaliotiems asmenims susipažinti su tokia informacija;

1.3. netinkamas asmens duomenų tvarkymas gali užtraukti atsakomybę pagal Lietuvos Respublikos ir Europos Sąjungos teisės aktus.

2. Man išaiškinta, kad konfidencialią informaciją pagal šį pasižadėjimą sudaro:

2.1. asmens duomenys, suprantami, kaip apibrėžti 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamente (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas);

2.2. informacija, kurią darbo metu patikėta tvarkyti ar naudotis, išskyrus, kai tokią informaciją teikti įpareigoja teisės aktai ar kompetentingos institucijos.

3. Aš įsipareigoju:

3.1. saugoti konfidencialią informaciją;

3.2. tvarkyti konfidencialią informaciją vadovaudamasis Lietuvos Respublikos įstatymais ir kitais teisės aktais;

3.3. neatskleisti, neperduoti ir nesudaryti sąlygų įvairiomis priemonėmis susipažinti su tvarkoma informacija nė vienam asmeniui, kuris nėra įgaliotas naudotis šia informacija;

3.4. pranešti savo tiesioginiam vadovui arba asmeniui, atsakingam už informacijos saugumą, apie bet kokius bandymus sužinoti man patikėtą konfidencialią informaciją ir apie bet kokią situaciją, kuri gali kelti grėsmę informacijos saugumui;

3.5. pasibaigus darbo santykiams ar pasikeitus pareigoms, toliau saugoti darbo metu sužinotą konfidencialią informaciją.

\_\_\_\_\_  
(pareigos)

\_\_\_\_\_  
(parašas)

\_\_\_\_\_  
(vardas ir pavardė)

\_\_\_\_\_  
(data)

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

---

(Vardas, pavardė)

---

(Gyvenamoji vieta, telefonas)

Visagino Draugystės progimnazijos  
direktoriui

### **PRAŠYMAS DĖL SAVIRŪPOS ORGANIZAVIMO**

---

(data)

Visaginas

Prašau organizuoti savirūpos procesą mano dukrai/sūnui (pabraukti)  
\_\_\_\_\_ klasės mokiniui(-ei)

---

(mokinio(-ės) vardas, pavardė)

Dėl \_\_\_\_\_

---



---



---



---

(nurodyti priežastis)

---

(parašas)

