

PATVIRTINTA

Alytaus r. Krokialaukio Tomo Noraus-Naruševičiaus gimnazijos direktoriaus įsakymu 2023-11-14 Nr. V-179

ALYTAUS R. KROKIALAUKIO TOMO NORAUS-NARUŠEVIČIAUS GIMNAZIJOS MOKSLEIVIŲ, SERGANČIŲ LĒTINĖMIS NEINFĒKČINĖMIS LIGOMIS, SAVIRŪPOS PROCESO ORGANIZAVIMO TVARKOS APRAŠAS

I SKYRIUS BENDROSIOS NUOSTATOS

1. Krokialaukio Tomo Noraus-Naruševičiaus gimnazijos mokinių, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (toliau – LNL) savirūpos proceso organizavimo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato mokinių savirūpos proceso organizavimą Krokialaukio Tomo Noraus-Naruševičiaus gimnazijoje (toliau – Gimnazija), mokytojų, mokinių, tėvų (globėjų, rūpintojų) atsakomybes ir pareigas.

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

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

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

5. Aprašas parengtas vadovaujantis:

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

5.2. 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 m. 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 Gimnazijoje.

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, – tėviai, 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 gimnazijos darbuotojų pagalba, kaip tai numatyta 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 GIMNAZIJOJE

7. Savirūpos procesas Gimnazijoje organizuojamas, jei:

7.1. Mokinys, mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai), rašydami prašymą dėl priėmimo / pasirašydami mokymo sutartį / su Gimnazija (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 Gimnaziją teikdami prašymą Gimnazijos direktoriui (3 priedas).

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

8. Savirūpos proceso organizavimo eiga:

8.1. Gavus informaciją apie mokiniui reikalingą pagalbą, Gimnazijos socialinis pedagogas inicijuoja Vaiko gerovės komisijos (toliau – VGK) posėdį. Į posėdį pakviečiami: mokinys, mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai). Jo metu mokinys, mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) supažindinami su Gimnazijos galimybėmis organizuoti mokinio savirūpai reikalingą pagalbą, aptariama individualaus savirūpos plano (toliau – Planas) būtinybė bei jo parengimas.

8.2. VSS kartu su gimnazijos socialiniu pedagogu rengia Planą pagal tiksliai, aiškiai išdėstytas gydytojo rekomendacijas bei tėvų išsakytus lūkesčius.

8.3. Gimnazijos socialinis pedagogas supažindina mokinį, tėvus (globėjus, rūpintojus) su Planu.

8.4. Mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai) užpildo individualų savirūpos planą.

8.5. Planas suderinamas su tėvais jiems pasirašant individualiame savirūpos plane.

8.6. Planas suderinamas suinteresuotoms šalims pasirašant sutikimą.

8.7. Suderintas Planas įsakymu tvirtinamas Gimnazijos direktoriaus.

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

8.9. Socialinis pedagogas Plano įgyvendinime dalyvaujančius asmenis supažindina su Planu, VSS apmoko.

8.10. Socialinis pedagogas 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).

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

8.12. Planas gali būti koreguojamas pasikeitus mokinio sveikatos būklei.

8.13. Tėvai (globėjai, rūpintojai) gali atsisakyti savirūpos mokiniui organizavimo, teikdami prašymą Gimnazijos direktoriui (4 priedas). Gimnazija apie tėvų (globėjų, rūpintojų) atsisakymą dalyvauti savirūpos procese per 3 d. d. informuoja savivaldybės tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorių.

IV SKYRIUS

GIMNAZIJOS ATSAKOMYBĖS IR PAREIGOS

9. Gimnazija įsipareigoja:

9.1. Sudaryti sąlygas mokinio savirūpai organizuoti.

9.2. Parengti individualų savirūpos planą.

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

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

10. Gimnazija atsako už sklandų savirūpos proceso organizavimą, individualaus savirūpos plano sudarymą bei proceso koordinavimą.

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

11. Informuoti Gimnaziją apie savirūpos organizavimo poreikį.
 12. Suteikti reikiamą informaciją Plano rengimui.
 13. Pateikti gydytojų rekomendacijas.
 14. Atvykti į individualius susitikimus, VGK posėdžius.
 15. Plane užpildyti tėvams (globėjams, rūpintojams) skirtas dalis ir pateikti reikiamą informaciją.
 16. Mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai) atsako už individualaus savirūpos plano įgyvendinimą, vykdymą.
 17. 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
1 priedas**

**(Individualaus savirūpos plano forma)
KROKIALAUKIO TOMO NORAUS-NARUŠEVIČIAUS GIMNAZIJOS
INDIVIDUALUS SAVIRŪPOS PLANAS**

KAI MOKINYS SERGA CUKRINIŲ DIABETU

1. MOKINIO DUOMENYS		
<i>mokinio nuotrauka</i>	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Gimnazija:	
	Grupė/klasė:	
Gimnazijos 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 GIMNAZIJOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Gimnazijos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Gimnazijoje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Gimnazijoje:</i>	
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	

	<i>Darbo grafikas Gimnazijoje:</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:</i>		
Alergijos (išvardinkite):		

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

5.2. GLIUKOZĖS TYRIMAS KRAUJYJE	
<i>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)</i>	
<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.	

5.3. VAISTŲ VARTOJIMAS GIMNAZIJOJE		
Ar reikalinga mokiniui vartoti Gimnazijoje insulina?	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 Gимnazijoje 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 <i>(išvardinkite):</i>
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>Jei gliukozės kiekis kraujyje viršija mmol/l., kai nėra jokių kitų simptomų:</i> <i>Jei vis tiek viršija mmol/l.</i> <i>Jei mažiau nei mmol/l:</i>
Kokia tolimesnių veikslių seka?	

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną gimnazijoje?	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 Gimnazijoje?	
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 GIMNAZIJOJE METU

Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Gimnazijoje 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, apibūdinami 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 GIMNAZIJOS 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?	

12. GIMNAZIJOS PERSONALO MOKYMAS	
<i>Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Gimnazijos 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 SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS

Kokios atliekos gali susidaryti	
Atliekų laikymo tara ir vieta	
Atliekų šalinimo periodiškumas	
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai 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 Gimnazijoje poreikius. Aš suprantu ir sutinku, kad šiame SUSITARIME pateikta informacija bus dalijamasi su Gimnazijos 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:

- Gimnazija mano vaikui reikalingus vartoti Gimnazijoje vaistus administruotą gimnazijos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka
- Gimnazija 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 Gimnazijoje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.
- Aš esu susipažinęs su Gimnazijos man pateiktu Gimnazijos 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 Gimnazijos vardu sutinku su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų

vartojimą, ir esu atsakingas už tai, kad Gimnazija 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 Gimnazijos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

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

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

- 1.
- 2.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Gimnazijoje 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:	
	Gimnazija:	
	Grupė/klasė:	
Gimnazijos 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 GIMNAZIJOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Gimnazijos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Gimnazijoje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Gimnazijoje:</i>	
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Gimnazijoje:</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	<input type="checkbox"/> Priepuoliniai	<input type="checkbox"/> Pastovūs

simptomai būdingi jūsų vaikui?	<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 GIMNAZIJOS RIBŲ	
Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Gimnazijos 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 Gimnazijoje mokymosi proceso metu?	<i>Jeigu taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</i>

5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS GIMNAZIJOJE	
Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Gimnazijoje?	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 paženklininti jūsų vaiko vardu ir laikomi vadovaujantis Gimnazijos 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 Gimnazijoje 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?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Namų dulkių erkių alergenai</td> <td>Gyvūnų alergenai</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarakonų alergenai</td> <td>Patalpų pelėsiai</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Patalpų teršalai</td> <td>Vaistai</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Žiedadulkės</td> <td>Stresas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sportas/ fizinė veikla</td> <td>Oro sąlygos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Peršalimas/ gripas</td> <td>Oro tarša (tabako dūmai,</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Kita <i>(išvardinkite):</i></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Namų dulkių erkių alergenai	Gyvūnų alergenai	<input type="checkbox"/> Tarakonų alergenai	Patalpų pelėsiai	<input type="checkbox"/> Patalpų teršalai	Vaistai	<input type="checkbox"/> Žiedadulkės	Stresas	<input type="checkbox"/> Sportas/ fizinė veikla	Oro sąlygos	<input type="checkbox"/> Peršalimas/ gripas	Oro tarša (tabako dūmai,	<input type="checkbox"/> Kita <i>(išvardinkite):</i>	
<input type="checkbox"/> Namų dulkių erkių alergenai	Gyvūnų alergenai														
<input type="checkbox"/> Tarakonų alergenai	Patalpų pelėsiai														
<input type="checkbox"/> Patalpų teršalai	Vaistai														
<input type="checkbox"/> Žiedadulkės	Stresas														
<input type="checkbox"/> Sportas/ fizinė veikla	Oro sąlygos														
<input type="checkbox"/> Peršalimas/ gripas	Oro tarša (tabako dūmai,														
<input type="checkbox"/> Kita <i>(išvardinkite):</i>															
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 veiksmų reikia imtis?															
Kokia tolimesnių veiksmų seka?															

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Gimnazijoje?	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 Gimnazijoje?	
---	--

Kada jas reikia taikyti?	
--------------------------	--

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ GIMNAZIJOJE METU		
Ar reikalinga pagalba mokiniui valgytų Gimnazijoje 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. GIMNAZIJOS FIZINĖ APLINKA	
Ar gali Gimnazijos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę?	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
Kokie Gimnazijos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?	
Kokių veiksmų reikėtų imtis Gimnazijai siekiant sumažinti galimą neigiamą Gimnazijos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ GIMNAZIJOS 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. GIMNAZIJOS PERSONALO MOKYMAS	
<i>Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Gimnazijos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai</i>	
Kas turi būti apmokyti?	

13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPA, 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 Gimnazijoje poreikius. Aš suprantu ir sutinku, kad šiame SUSITARIME pateikta informacija bus dalijamasi su Gimnazijos 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:

- Gimnazija mano vaikui reikalingus vartoti Gimnazijoje vaistus administruotų Gimnazijos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka
- Gimnazija 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 Gimnazijoje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.
- Aš esu susipažinęs su Gimnazijos man pateiktu Gimnazijos 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 Gimnazijos vardu sutinku su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir esu atsakingas už tai, kad Gimnazija 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 Gimnazijos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

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

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

- 1.
- 2.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Gimnazijoje 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:	
	Gimnazija:	
	Grupė/klasė:	
Gimnazijos 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 GIMNAZIJOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Gimnazijos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Gimnazijoje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Gimnazijoje:</i>	
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Gimnazijoje:</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; miego sutrikimai; <input type="checkbox"/> paryškėjęs odos piešinys; <input type="checkbox"/> nuo kasyimo atsiradusios stigmos (atsivėrę žaizdos); <input type="checkbox"/> gali pakisti tuštinimasis – viduriavimas, vidurių užkietėjimas; <input type="checkbox"/> riebi, patinusi oda; <input type="checkbox"/> baltos arba gelsvos pleiskanos; <input type="checkbox"/> pilvo skausmai; <input type="checkbox"/> pilvo pūtimas; <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite):
Alergijos: <i>(nurodykite)</i>	<input type="checkbox"/> <i>Namų dulkių erkių alergenai</i> <i>Gyvūnų alergenai</i> <input type="checkbox"/> <i>Maisto alergenai</i> <i>Patalpų pelėsiai</i> <input type="checkbox"/> <i>Patalpų teršalai</i> <i>Vaistai</i> <input type="checkbox"/> <i>Žiedadulkės</i> <i>Stresas</i> <input type="checkbox"/> <i>Oro sąlygos</i> <input type="checkbox"/> <i>Oro tarša,</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (išvardinkite):</i>

5. VAISTŲ VARTOJIMAS		
5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ GIMNAZIJOS RIBŲ		
Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Gimnazijos ribų?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
Jeigu taip, ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Gimnazijoje 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 GIMNAZIJOJE		
Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Gimnazijoje?	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 Gimnazijos 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 NEINFEKČINĖS LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMŲ JOMS IŠTIKUS

Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Gimnazijoje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>

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

Kokie yra (dermatito, egzemos) paūmėjimo būklės simptomai būdingi jūsų vaikui? (išvardinkite)	
Kas išprovokuoja dermatito (egzemos) paūmėjimo būklę jūsų vaikui? (išvardinkite)	
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis? (išvardinkite)	
Kokia tolimesnių veikslių seka? (pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.)	

7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

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

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ GIMNAZIJOJE METU

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

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

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

9. FIZINIS AKTYVUMAS/PLAUKIMO PAMOKA (AR LANKYMASIS BASEINE)		
Ar reikalingi kokia nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>

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

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

10. POVEIKIS MOKINIO MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI		
Ar mokinio sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio mokymuisi?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>

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

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

11. GIMNAZIJOS FIZINĖ APLINKA	
Ar gali Gimnazijos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę?	Taip <input type="checkbox"/>
	Ne <input type="checkbox"/>

Kokie Gimnazijos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?	
Kokių veiksmų reikėtų imtis Gimnazijai siekiant sumažinti galimą neigiamą Gimnazijos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ GIMNAZIJOS RIBŲ

Kokia pagalba 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. GIMNAZIJOS PERSONALO MOKYMAS

Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Gimnazijos 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 Gimnazijoje poreikius. Aš suprantu ir sutinku, kad šiame SUSITARIME pateikta informacija bus dalijamasi su Gimnazijos 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:

- Gimnazija mano vaikui reikalingus vartoti Gimnazijoje vaistus administruotų Gimnazijos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka**
- Gimnazija 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 Gimnazijoje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.**
- Aš esu susipažinęs su Gimnazijos man pateiktu Gimnazijos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos aprašu.**

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

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

Aš Gimnazijos vardu sutinku su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą, ir esu atsakingas už tai, kad Gimnazija 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 Gimnazijos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

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

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

- 1.
- 2.
- 3.

Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Gimnazijoje 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**

(Individualų savirūpos planą įgyvendinančių darbuotojų pasižadėjimo forma)

PASIŽADĖJIMAS

**SAUGOTI KROKIALAUKIO TOMO NORAUS-NARUŠEVIČIAUS TVARKOMŲ
VAIKŲ IR JŲ TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) ASMENS IR KITŲ DUOMENŲ
PASLAPTĮ, LAIKYTIŠ 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 neįgaliesiems asmenims ar institucijoms;
 - 1.2. draudžiama sudaryti sąlygas neįgaliesiems 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)

_____ (data)

_____ (vardas ir pavardė)

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

(Vardas, pavardė)

(Gyvenamoji vieta, telefonas)

**ALYTAUS R. KROKIALAUKIO TOMO NORAUS-NARUŠEVIČIAUS GIMNAZIJOS
DIREKTORIUI**

PRAŠYMAS DĖL SAVIRŪPOS ORGANIZAVIMO

(data)
Krokialaukis

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

(mokinio(-ės) vardas, pavardė)

Dėl _____

(nurodyti priežastis)

(parašas)

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

(Vardas, pavardė)

(Gyvenamoji vieta, telefonas)

**ALYTAUS R. KROKIALAUKIO TOMO NORAUS-NARUŠEVIČIAUS GIMNAZIJOS
DIREKTORIUI**

NESUTIKIMAS DĖL SAVIRŪPOS ORGANIZAVIMO

(data)

Krokialaukis

Nesutinku, kad mano dukrai/sūnui (pabraukti), _____ klasės mokiniui(-ei),

(mokinio(-ės) vardas, pavardė)

sergančiam(-iai) lėtine neinfekcine liga(-omis) būtų sudaromas individualus savirūpos planas.

(parašas)