

PATVIRTINTA

Klaipėdos r. Priekulės vaikų lopšelio-darželio  
direktorius 2020 m. gruodžio 23 d.

įsakymu Nr. II- 86

**PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS  
UŽTIKRINIMO (VAISTŲ LAIKYMO, IŠDAVIMO, NAUDOJIMO IR KT.), JEIGU  
MOKINYS SERGA LĒTINE NEINFECINE LIGA, TVARKOS APRAŠAS**

**I SKYRIUS  
BENROSIOS NUOSTATOS**

1. (Ugdymo įstaigos pavadinimas) (toliau tekste – Mokykla) pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfecine liga (toliau – LNL) tvarkos aprašas (toliau – Tvarka) parengtas 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 (suvestinė redakcija nuo 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 (suvestinė redakcija nuo 2020-05-01), Lietuvos higienos normą HN 21:2017 „Mokykla, vykdanči bendrojo ugdymo programas. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“, patvirtinta 2011 m. rugpjūčio 10 d. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-773 (suvestinė redakcija nuo 2020-05-01).

2. Mokinio savirūpa suprantama kaip mokinio, sergančio LNL, ugdomas 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.

3. Mokiniui, sergančiam LNL, mokinio savirūpai reikalingą pagalbą ugdymo įstaigoje organizuoja Mokykla.

4. Tvarka reglamentuoja pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga LNL, tvarką.

**II SKYRIUS  
PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS  
UŽTIKRINIMO, JEI MOKINYS SERGA LNL, ORGANIZAVIMAS**

5. Mokinio savirūpos įgyvendinimo procese dalyvauja mokinys, jo tėvai (globėjai, rūpintojai), mokyklos vadovas ar jo įgaliotas atstovas, mokinį ugdantys mokytojai, visuomenės sveikatos specialistas ir kiti švietimo pagalbos specialistai (spec. pedagogas, logopedas, psichologas).

6. Mokyklos vadovas paskiria asmenį (-is), atsakingą (-us) už „Individualaus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga LNL, teikimo Mokykloje plano“ (toliau – Planas) arba atskirų Plano dalių vykdymą.

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

8. Sudarant Mokymo sutartį, tėvai (globėjai, rūpintojai) kartu su Mokykla užpildo Planą (*Priedas Nr. I*) (esant poreikiui Planas pildomas pasitelkiant mokinį gydantį gydytoją).

9. Planas parengiamas per 5 darbo dienas pagal Mokyklos parengtą Plano pavyzdinę formą ir suderinamas su Mokyklos vadovu ar Mokyklos vadovo paskirtu asmeniu, Mokyklos VS specialistu ir yra laikomas neatsiejama Mokymo sutarties dalimi, kurio kopijas turi Plano įgyvendinimo procese dalyvaujantys asmenys.

10. Jei Mokyklos galimybės yra ribotos užtikrinant Plano vykdymą, Mokyklos vadovas su konkrečios pagalbos prašymu kreipiasi į steigėją.

11. Už Plano vykdymą atsakingi Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio savirūpai.

12. Pagalbos mokinio savirūpos procese dalyvaujantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pirmąją pagalbą mokinio, sergančio LNL, savirūpai.

### **III SKYRIUS**

#### **VAIKŲ, SERGANČIŲ LNL, MOKYKLOJE VARTOJAMŲ VAISTŲ ADMINISTRAVIMAS (LAIKYMAS, IŠDAVIMAS, NAUDOJIMAS IR KT.)**

13. Mokykloje vartojami vaistai turi būti laikomi Plane nurodytoje vietoje. Prie vaistų priėmimą turi tik vaistus mokiniui išduodantis asmuo (-ys).

14. Mokykloje mokiniui išduodami vartoti tik Plane nurodyti vaistai pagal plane nurodytą informaciją.

15. Tėvai (globėjai, rūpintojai) Mokyklai vaistus turi pateikti originalioje pakuotėje su informaciniu lapeliu, ant kurios aiškiai matomas galiojimo laikas. Ant pakuotės turi būti užrašytas mokinio, kuriam skirti vaistai vardas ir pavardė, grupė. Bet kuriuo atveju pirma vaistų dozė turėtų būti suvartota mokiniui esant namie.

16. Vaistus mokiniui išduoda Plane nurodytas asmuo ar Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas. Už vaistų išdavimą Mokykloje gali būti atsakingi tėvai (globėjai, rūpintojai).

17. Siekiant išvengti vaisto (-ų) vartojimo klaidų, kiekvieną kartą mokiniui išduodant vaistą (-us) būtina įsitikinti, kad:

17.1. Plane ir ant vaisto pakuotės nurodytas pavadinimas sutampa;

17.2. vaisto galiojimo laikas nepasibaigęs (pasibaigus vaisto galiojimo laikui, vaistą išduoti mokiniui draudžiama, vaistai gražinami mokinio tėvams (globėjams, rūpintojams);

17.3. vaistas (-ai) išduodamas (-i) jį vartojančiam mokiniui;

17.4. vaisto išdavimo dozė sutampa su nurodyta Plane;

17.5. vaisto išdavimo laikas sutampa su nurodytu Plane;

17.6. vaisto vartojimo būdas sutampa su nurodytu Plane.

18. Mokinys vaistą (-us) turi suvartoti stebint vaistus išdavusiam asmeniui.

19. Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas ar kitas Mokyklos vadovo paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą, privalo užregistruoti kiekvieną vaistų išdavimo konkrečiam mokiniui atvejį Vaistų išdavimo vaikams registracijos žurnale (*Priedas Nr. 2*), nurodant mokinio duomenis (vardas, pavardė, gimimo metai), datą, vaistų pavadinimą, dozę, vaistų išdavimo laiką, vartojimo būdą, vaistus davusio asmens pareigas, vardą ir pavardę, parašą.

20. 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).

#### **IV SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS**

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

22. Už Plano ar atskirų Plano dalių vykdymą atsako Mokyklos vadovo paskirtas (-i) asmuo (-enys).

23. Plano ir Tvarkos vykdymo kontrolę vykdo Mokyklos vadovas arba jo paskirtas (-i) asmuo (-ys).

Susipažinau ir sutinku:

*(parašas, vardas, pavardė, data)*

## **PRIEDAI**

## INDIVIDUALUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA LĒTINĖMIS NEINFEKCIŖMIS LIGOMIS, TEIKIMO MOKYKLOJE PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga lėtine neinfekcine liga (toliau –LNL) (cukriniu diabetu, dermatitu, bronchų astma ir kita), 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 LNL, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai mokymosi proceso metu.

1. MOKINIO DUOMENYS <i>(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))</i>	
Vardas ir pavardė:	
Gimimo data:	
Amžius:	
Grupė/klasė:	
Gyvenamosios vietos adresas:	
PLANO sudarymo data:	
PLANO peržiūros data:	

2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA <i>(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))</i>		
<b>Pirmas kontaktas</b> –Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas, pavardė, giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	<i>Mobilus:</i>	
	<i>Darbo:</i>	
<b>Antras kontaktas</b> –Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas, pavardė, giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	<i>Mobilus:</i>	
	<i>Darbo:</i>	

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

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA <i>(pildo Mokykla)</i>		
Mokyklos vadovas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	
	<i>Darbo grafikas Mokykloje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:</i>	

Švietimo pagalbos specialistai (psichologas, logopedas, specialusis pedagogas, socialinis pedagogas):	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
Mokytojas (klasės/grupės)	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	
	Darbo grafikas Mokykloje:	
Kiti svarbūs asmenys:	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	

#### 4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)

Ligos tipas:	
Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami dažniausiai pasireiškiančius požymius, simptomus (išvardinkite):</i>	
Alergijos:	

#### 5. VAISTŲ VARTOJIMAS (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba) Mokykla turi būti nedelsiant informuojama apie visus šio mokinio gydymo pokyčius.

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ		
Vaisto pavadinimas	Dozė	Pastabos
Kada ir kaip vartojamas vaistas, atliekamos intervencijos		
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje, po vaistų vartojimo namuose?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne	
Jei pažymėjote Taip, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?		

#### 5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
	<i>Jei pažymėjote Taip, nurodykite koks šalutinis poveikis gali pasireikšti?</i>

Ar mokinys Mokykloje su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būti atsakingu už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga*?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
---	--

**\*Svarbu.** Jei pažymėjote **Taip**, tai mokinys ir jo tėvai (globėjai, rūpintojai) prisiima atsakomybę už vaistų vartojimą ir jų laikymą.

**Jei reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje**, 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, pavarde 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 (vieta, laikymo sąlygos pagal vaisto aprašą): \_\_\_\_\_

**Svarbu. 5.3 ir 6 lentelės pildomos, kai mokinys serga Cukriniu diabetu.**

5.3. GLIUKOZĖS TYRIMAS KRAUJYJE	
<i>Mokinys turi gliukozės kiekio kraujyje matuoklį, todėl jis gali išsitiirti gliukozės kiekį kraujyje. Tai yra svarbi savirūpos dalis. Šia įranga negali naudotis kiti mokiniai (tinkamą pažymėkite)</i>	
<input type="checkbox"/>	Gliukozės kiekio kraujyje tyrimą turi atitikti 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)
<b>Svarbu.</b>	<i>Įvardinkite, kas yra svarbu matuojant gliukozės kiekį kraujyje ir kt.</i>

6. GALINČIOS PASIREIKŠTI CUKRINIO DIABETO PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)	
Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti Cukrinio diabeto paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne

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

<b>HIPOGLIKEMIJA</b> (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><b>Lengva/vidutinė hipoglikemija</b>  <i>Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:</i></p> <p><b>Sunki hipoglikemija</b>  <i>Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:</i></p>
Kokia tolimesnių veikslių seka?	

<b>HIPERGLIKEMIJA</b> (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, gastroenteritis ir kitos); <input type="checkbox"/> ūmios sunkios kitų organų ligos, traumos <input type="checkbox"/> vaistai <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite):
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis? (papildykite, koreguokite jei reikia)	<p><b>Jei gliukozės kiekis kraujyje viršija..... mmol/l, kai nėra jokių kitų simptomų:</b></p> <p><b>Jei vis tiek viršija.....mmol/l.</b></p> <p><b>Jei mažiau nei.....mmol/l:</b></p>
Kokia tolimesnių veikslių seka?	

**Svarbu. 6.1. lentelė pildoma, kai mokinys serga Bronchų astma.**



<b>6.1. GALINČIOS PASIREIKŠTI BRONCHŲ ASTMOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS</b> (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba) <i>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.</i>	
Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne

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

Kokie bronchų astmos paūmėjimo simptomai dažniausiai būdingi jūsų vaikui?	<input type="checkbox"/> švokštimas (švilpimas) <input type="checkbox"/> dusulys <input type="checkbox"/> kosulys (sausas ar produktyvus) <input type="checkbox"/> sunkumo (veržimo) jautimas krūtinėje <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite):
Kas išprovokuoja jūsų vaiko bronchų astmos paūmėjimą? (pažymėkite)	<input type="checkbox"/> namų dulkių erkių alergenai <input type="checkbox"/> tarakonų alergenai <input type="checkbox"/> sportas/fizinė veikla <input type="checkbox"/> patalpų teršalai <input type="checkbox"/> žiedadulkės <input type="checkbox"/> peršalimas/gripas <input type="checkbox"/> oro tarša (tabako dūmai) <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite):
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?	

**Svarbu. 6.2. lentelė pildoma, kai mokinys serga Dermatitu, Egzema.**

<b>6.2. GALINČIOS PASIREIKŠTI LNL PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS</b> (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)	
Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne

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

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

<b>7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA</b> (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)	
Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jei pažymėjote <b>Taip</b> , nurodykite kokios mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Mokykloje?	
Kada reikia taikyti mokinio sveikatos būklės priemones?	
Ar mokinio sveikatos stebėjimui reikalinga įranga (prietaisai)?	
Kokie pagalbos veiksmai turi būti atlikti vykdant šią mokinio būklės stebėsenos priemonę?	

<b>8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU</b> (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)	
Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Mokykloje metu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jei pažymėjote <b>Taip</b> , tai kokia pagalba mokiniui reikalinga Mokykloje valgymų metu?	
Kada ir kaip ji turi būti teikiama?	

<b>9. FIZINIS AKTYVUMAS/PLAUKIMO PAMOKA</b> (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) su gydytojo pagalba)	
Ar reikalingi kokie nors specialieji mokiniui fizinio aktyvumo metu?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne

Jei pažymėjote <b>Taip</b> , tai kokie pagalbos veiksmai reikalingi 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 ( <i>pildo tėvai (globėjai, rūpintojai)</i> )	
Ar mokinio sveikatos būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio mokymuisi?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jei pažymėjote <b>Taip</b> , 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?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga? ( <i>nurodykite</i> )	

**Svarbu. 11 lentelė pildoma, kai mokinys serga Dermatitu, Egzema ar Bronchų astma.**

11. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA ( <i>pildo tėvai (globėjai, rūpintojai)</i> )	
Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Kokie Mokyklos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?	
Kokių veikslių reikėtų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei?	

12. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ ( <i>pildo tėvai (globėjai, rūpintojai)</i> )	
Kokia pagalba gali būti reikalinga?	
Kada reikia suteikti pagalbą?	
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir	

veiklų už Mokyklos ribų metu?	
-------------------------------	--

**13. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS** (*pildo tėvai (globėjai, rūpintojai) kartu su Mokykla*)  
*Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, sergančio LNL, 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 pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	

## SUTIKIMAS

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

Aš sutinku, kad:

Mokykla mano vaikui reikalingus vartoti vaistus Mokykloje administruotų pagal gydytojų rekomendacijas (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.

Sutinku nedelsiant informuoti Mokyklos vadovą, jog būtų peržiūrimas bei koreguojamas PLANAS, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Aš įsipareigoju laiku pristatyti mokiniui reikalingus vaistus, priemones (įrangą), atsakau už įrangos tinkamą veikimą bei priežiūrą (t.y. valymą).

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

Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas	
Vardas ir pavardė:	
Parašas:	

Aš esu susipažinęs su gydytojo man paskirtais vaistais, bei galiu savarankiškai administruoti jų vartojimą.

Mokinio parašas	
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:	
Parašas:	
Pareigos:	

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

- 1.
- 2.
3. ...

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

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS :

1. Vaiko sveikatos pažymėjimo kopija – lapų.
2. Pažyma apie vartojamus vaistus – lapų
3. Pridedamas mokinio mitybos planas (esant poreikiui).

**Vaistų išdavimo vaikams registracijos žurnalo forma**

Nr.	Vaiko			Data	Vaistų pavadinimas	Dozė	Vartojimo laikas	Vartojimo būdas	Vaistus išdavė			
	Pavardė	Vardas	Gim. data						Vardas	Pavardė	Pareigos	Parašas

---