**INDIVIDUALUS PAGALBOS UGDYTINIO SAVIRŪPAI, KAI UGDYTINIS SERGA DERMATITU, TEIKIMO UGDYMO ĮSTAIGOJE PLANAS**

Individualus pagalbos ugdytinio savirūpai, kai ugdytinis serga dermatitu, teikimo ugdymo įstaigoje planas(toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp ugdytinio tėvų (globėjų, rūpintojų), ugdymo įstaigos, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą ugdymo įstaigoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos ugdytinio, sergančio dermatitu, savirūpai ugdymo įstaigoje poreikiai ir reikiama pagalba ugdytinio savirūpai mokymosi proceso metu.

|  |
| --- |
| 1. MOKINIO DUOMENYS |
| Mokinio nuotrauka | Vardas ir pavardė: |  |
| Gimimo data: |  |
| Amžius: |  |
| Mokykla: |  |
| Grupė / klasė: |  |
| Mokyklos adresas: | Gatvė, namo nr.: |  |
| Miestas / rajonas: |  |
| Pašto kodas: |  |
| Gyvenamosios vietos adresas: | Gatvė, namo nr.: |  |
| Miestas / rajonas: |  |
| Pašto kodas: |  |
| PLANO sudarymo data |  |
| PLANO peržiūros data |  |

|  |
| --- |
| 2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTINĖ INFORMACIJA |
| **Pirmas kontaktas –** Vardas ir pavardė: |  |
| Giminystės ryšys: | Mama |
| Telefono numeris: | Mobilus: |  |
| Darbo: |  |
| Elektroninio pašto adresas: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Antras kontaktas –** Vardas ir pavardė: |  |
| Giminystės ryšys: | Tėvas |
| Telefono numeris: | Mobilus: |  |
| Darbo: |  |
| Elektroninio pašto adresas: |  |

|  |
| --- |
| 3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA |
| Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas: | Vardas ir pavardė: |  |
| Kontaktinė informacija: |  |
| Darbo grafikas Mokykloje: |  |
| Sveikatos kabineto vieta Mokykloje: |  |
| Grupės/ klasės auklėtojas (-ai): | Vardas ir pavardė: |  |
| Kontaktinė informacija: |  |
| Darbo grafikas Mokykloje: |  |
| Kiti svarbūs asmenys: |  |  |
| Direktoriaus pavaduotojas ugdymui: |  |  |

|  |
| --- |
| 4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ |
| Koks Jūsų vaikui nustatyto dermatito tipas?  | ☐ Atopinis dermatitas | ☐ Kontaktinis dermatitas | ☐ Seborėjinis dermatitas |
| **Sveikatos būklės apibūdinimas:** |  |
| Kokie bendri simptomai būdingi jūsų vaikui? | ☐ Intensyvus niežėjimas; ☐ Miego sutrikimai; ☐ Paryškėjęs odos piešinys; ☐ Nuo kasymo atsiradusios stigmos (atsivėrę žaizdos);☐ Gali pakisti tuštinimasis – viduriavimas, vidurių užkietėjimas;☐ Riebi, patinusi oda;☐ Baltos arba gelsvos pleiskanos;☐ Pilvo skausmai;☐ Pilvo pūtimas;☐ Kita (išvardinkite): odos deginimas, tinimas, paraudimas, sloga, dilgėlinės tipo bėrimas. |
| **Alergijos:** (nurodykite) | ☐ Namų dulkių erkių alergenai; 󠇣 ☐ Gyvūnų alergenai;☐ Maisto alergenai; 󠇣 ☐ Patalpų pelėsiai;☐ Patalpų teršalai; 󠇣 ☐ Vaistai;☐ Žiedadulkės; 󠇣 󠇣 ☐ Stresas; ☐ Oro sąlygos;☐ Oro tarša;☐ Kita (išvardinkite): žuvis, jūros gėrybės.  |

|  |
| --- |
| 5. VAISTŲ VARTOJIMAS |
| 5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ |
| Ar mokinys reguliariai vartoja vaistus už Mokyklos ribų? | Taip | ☐ |
| Ne | ☐ |
| Jeigu taip, ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje mokymosi proceso metu?  | Taip | ☐ |
| Ne | ☐ |
| **Jeigu taip**, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? |

|  |
| --- |
| 5.2. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE |
| Ar reikalinga mokiniui vartoti vaistus Mokykloje? | Taip | ☐ |
| Ne | ☐ |
| Jeigu **taip**, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? |

**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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Vaistai** paženklinti jūsų vaiko vardu, pavarde 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

|  |
| --- |
| 7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA  |
| Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėsena Mokykloje? | Taip | ☐ |
| Ne  | ☐ |

**Jeigu taip,** užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie taikytinas mokinio būklės stebėsenos priemones, aprašydami jų taikymo laiką, būdą.

|  |  |
| --- | --- |
| Kokios mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Mokykloje? |  |
| Kada jas reikia taikyti? |  |

|  |
| --- |
| 8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU |
| Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Mokykloje metu? | Taip | ☐ |
| Ne  | ☐ |

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

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

|  |
| --- |
| 9. FIZINIS AKTYVUMAS/PLAUKIMO PAMOKA (AR LANKYMASIS BASEINE) |
| Ar reikalingi kokia nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu? | Taip | ☐ |
| Ne  | ☐ |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Pagalbos veiksmai prieš fizinio ugdymo / plaukimo pamoką (ar lankymąsi baseine) |  |
| 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 | ☐ |
| Ne  | ☐ |

**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 ☐Ne ☐ |
| Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės? | Taip ☐Ne ☐ |
| Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba? | Taip ☐Ne ☐ |
| Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga?(išvardinkite) |  |

|  |
| --- |
| 11. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA |
| Ar gali Mokyklos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę? | Taip ☐Ne ☐ |
| Kokie Mokyklos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei? |  |
| Kokių veiksmų reikėtų imtis Mokyklai siekiant sumažinti galimą neigiamą Mokyklos 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 Mokyklos ribų metu? |  |

|  |
| --- |
| 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 (globėjai, rūpintojai) 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 Mokykloje vaistus administruotų Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jei pridedama):

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

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

3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, X lapų.