INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA CUKRINIU DIABETU, TEIKIMO MOKYKLOJE PLANO PAVYZDYS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga cukriniu diabetu, teikimo Mokykloje planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Mokyklos, VS specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Mokykloje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio cukriniu diabetu, savirūpai Mokykloje poreikiai ir reikiama pagalba mokinio 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: |  | |
| Telefono numeris: | *Mobilus:* |  |
| *Darbo:* |  |
| Elektroninio pašto adresas: |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Antras kontaktas –**  Vardas ir pavardė: |  | |
| Giminystės ryšys: |  | |
| Telefono numeris: | *Mobilus:* |  |
| *Darbo:* |  |
| 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: | *Vardas ir pavardė:* | *pvz.: Vardenis Pavardenis* |
| *Kontaktinė informacija:* | *pvz.:*  *Telefono numeris: ... Elektroninio pašto adresas: ...* |
| *Darbo grafikas Mokykloje:* | *pvz.:*  *Pirmadienis 8-15 val.*  *Antradienis nedirba Trečiadienis 8-17 val.* |
|  |  | *Ketvirtadienis nedirba Penktadienis 8-17 val.* |
| *Sveikatos kabineto*  *vieta Mokykloje:* | *pvz.: 1 aukštas, 107 kab.* |
| Grupės/ klasės auklėtojas (-ai): | *Vardas ir pavardė:* | *pvz.: Vardenis Pavardenis* |
| *Kontaktinė informacija:* | *pvz.: Telefono numeris: ... Elektroninio pašto adresas: ...* |
| *Darbo grafikas Mokykloje:* | *pvz.: Pirmadienis 8-15 val. Antradienis nedirba*  *Trečiadienis 8-17 val. Ketvirtadienis nedirba Penktadienis 8-17 val.* |
| Kiti svarbūs asmenys: | ... | ... |
| ... | ... |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ | |
| **Diabeto tipas**  *(pažymėkite)* | **tipas tipas** |
| **Sveikatos būklės apibūdinimas:** *Pateikite trumpą sveikatos būklės (- ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius,*  *simptomus:* | *Išvardinkite Jūsų vaikui būdingus simptomus, pvz.: didelis nuovargis, negalėjimas susikaupti, bendras silpnumas, pykinimas, mirgėjimas akyse, mieguistumas ir pan.* |
| **Alergijos**  *(išvardinkite):* | *Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.:*   * *pieno produktams* * *kiaušiniui* * *lateksui* * *kita:* |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. VAISTŲ VARTOJIMAS  *Mokykla turi būti nedelsiant informuojama apie visus šio vaiko gydymo pokyčius.* | |
| 5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ | |
| Jūsų vaikas serga cukriniu diabetu ir gydomas *(tinkamą (- us) variantą (-us) pažymėkite):* | Insulino injekcijomis kiekvieno valgymo metu |
| Insulino injekcijomis – pompa |
| Keliomis insulino injekcijomis per dieną (injekcijos mokykloje nereikalingos) |
| Kita *(išvardinkite)*: |
| Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje? | * Taip * Ne |
| **Jeigu taip**, koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti? | *pvz.:*   * *hipoglikemija.* * *injekcijos vietose gali atsirasti tokios reakcijos kaip skausmas, paraudimas, dilgėlinė, tinimas ir niežėjimas.* |
|  | * *alerginės reakcijos: dilgėlinė, liežuvio ir lūpų tinimas, viduriavimas, pykinimas, nuovargis...* |

|  |  |
| --- | --- |
| 5.2. GLIUKOZĖS TYRIMAS KRAUJYJE | |
| Mokinys turi gliukozės kiekio kraujyje matuoklį, todėl jis gali išsitirti gliukozės kiekį kraujyje. Tai yra svarbi savirūpos dalis. Šia įranga negali naudotis kiti mokiniai (tinkamą pažymėkite) | |
|  | |
|  | |
|  | |
| **Svarbu.** | *Įvardinkite, kas yra svarbu matuojant gliukozės kiekį kraujyje ir kt., pvz.:*   * *Gliukozės kiekio kraujyje tyrimas turėtų būti atliktas saugioje, švarioje, privačioje aplinkoje (pvz.: klasėje, sveikatos kabinete.).* * *Patalpoje turi būti priemonės rankų plovimui, prieš kiekvieną tyrimą būtina nusiplauti rankas.* * *Gliukozės kiekis kraujyje turi būti nuo 5-8 mmol / l nevalgius iki 5-10 mmol*   */ l po valgio.*   * *Gliukozės kraujyje matavimo priemonės turėtų būti aiškiai paženklintos vaiko vardu ir laikomos vadovaujantis Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka.* * *...* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5.3. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE | | | |
| Ar reikalinga mokiniui vartoti Mokykloje insuliną? | Taip | | ☐ |
| Ne | | ☐ |
| *Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?* | | |
| **Jeigu taip**, taip pat užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie vaistų vartojimo dozę, laiką, vartojimo būdą ir naudojimo administravimą. | | | |
| švirkštikliu (penu) pompa | | | |
| Insulino pavadinimas | Dozė | Suleidimo laikas | Vaisto naudojimo administravimas |
|  |  |  | *Išsamiai aprašykite kaip administruojamas vaisto naudojimas, pvz.:*   * *Insulinas turėtų būti aiškiai paženklintas vaiko vardu ir laikomas vadovaujantis Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka.* * *Insuliną vaikui leidžia tėtis/mama ARBA Insuliną susileidžia pats vaikas, reikalinga jį išduoti vaikui…kiekvieną darbo dieną X val.* * *…* |
|  |  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6. GALINČIOS PASIREIKŠTI CUKRINIO DIABETO PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS | | |
| Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Mokykloje pasireikšti  Cukrinio diabeto 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **HIPOGLIKEMIJA** *(būklė kai gliukozės kiekis kraujyje mažiau nei ... mmol/l)* | |
| Kokie yra hipoglikemijos  simptomai būdingi jūsų vaikui? |  |
| Kas išprovokuoja hipoglikemiją jūsų vaikui? *(pažymėkite)* | *(išvardinkite):* |
| Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? | **Lengva/vidutinė hipoglikemija**  Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:  *pvz.: mokinys pagalbą gali suteikti sau pats, reikalinga priežiūra, nedidelė pagalba:*   1. *Žingsnis.* Nedelsiant duoti greitai veikiančios gliukozės ir ilgai veikiančių angliavandenių; 2. *Žingsnis.* Po 15 min. kartoti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą; 3. *Žingsnis.* Jei gliukozės kiekis kraujyje išlieka mažesnis nei 5,6mmol/l—kartoti *1 Žingsnį.*   Jei gliukozės kiekis virš 5,6mmol/l – daryti *4 Žingsnį.*   1. *Žingsnis. Kai kuriems vaikams reikalingas papildomas pavalgymas.*   **Sunki hipoglikemija**  Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:  *pvz.:*   1. *Žingsnis.* Vaiką paguldyti į saugią padėtį (ant šono), kad liežuvis neužblokuotų kvėpavimo takų. 2. *Žingsnis.* Skubiai kviečiame GMP (skambinama telefonu 112)   – pranešama, kad mokinys prarado sąmonę ir serga CD. Nepalikite mokinio vieno.  *3 Žingsnis.* Susisiekite su mokinio tėvais.  *...* |
| Kokia tolimesnių veiksmų seka? | *pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **HIPERGLIKEMIJA** *(būklė kai gliukozės kiekis kraujyje daugiau nei ... mmol/l)* | |
| Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui? |  |
| Kas išprovokuoja hiperglikemiją jūsų vaikui? *(pažymėkite)* | *(išvardinkite):* |
| Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? *(papildykite, koreguokite jei reikia)* | ***Jei gliukozės kiekis kraujyje viršija ........ mmol/l., kai nėra jokių kitų simptomų:***  *pvz.:*   * *Duoti gerti daug skysčių. Geriausia tinka negazuotas mineralinis vanduo (galima gerti ir silpnai gazuotą vandenį).* * *Leiskite mokiniui laisvai išeiti į tualetą.* * *Ribokite mokiniui fizinį krūvį.*   ...  ***Jei vis tiek viršija mmol/l.***  *pvz.: Kreipkitės į tėvus, mokiniui gali prireikti ypač greito veikimo insulino.*  **Jei mažiau nei mmol/l**:   1. *pvz.: Kartoti gliukozės kraujyje tyrimą prieš kitą valgį.* 2. *pvz.: Radus padidėjusį gliukozės kiekį kraujyje, kai vaikas pradeda vemti, giliai alsuoti, pasidaro vangus, netenka sąmonės būtina:*    * *Nedelsiant kviesti GMP.*    * *Vykdyti GMP nurodymus*    * *Informuoti tėvus/ globėjus.*    * *...* |
| 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 kiekvienai taikytinai mokinio būklės stebėsenos priemonei atskirai, aprašydami taikymo laiką, būdą.

|  |  |
| --- | --- |
| Kokia mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonė turi būti  taikomos Mokykloje? | *pvz.: Gliukozės kiekio kraujyje kontrolė* |
| Kada ją reikia taikyti? | *pvz.:* |
| Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)? | *(įrašykite):* |
| Kokie pagalbos veiksmai turi būti atlikti vykdant šią mokinio būklės stebėsenos  priemonę? | *aprašykite reikiamus pagalbos veiksmus* |

|  |  |
| --- | --- |
| Kokia mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonė turi būti  taikomos Mokykloje? |  |
| Kada ją reikia taikyti? |  |
| Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)? |  |
| Kokie pagalbos veiksmai turi būti atlikti vykdant šią mokinio būklės stebėsenos  priemonę? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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? | *pvz.: pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas* |
| Kada ir kaip ji turi būti  teikiama? | *pvz.: tiekti vaikui valgyti gydytojo rekomendacijose nurodytu*  *periodiškumu (pridedama)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 9. FIZINIS AKTYVUMAS | | |
| Ar reikalingi kokie nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu? | Taip | ☐ |
| Ne | ☐ |
| **Jeigu taip** išvardinkite: | *pvz.:*   1. *prieš fizinio ugdymo pamokas vaikas turi pasimatuoti gliukozės kiekį kraujyje. Priminkite vaikui tai padaryti prieš kiekvieną fizinio ugdymo pamoką.* 2. *Pasiteiraukite vaiko, kokį cukraus kiekį kraujyje rodo gliukomatis:*    * *jei šis rodiklis mažesnis nei 5 - 6 mmol/l, būtina prieš fizinio ugdymo pamoką užkąsti iš namų atsineštą užkandį*    * *jei gliukozės koncentracija didesnė nei 13,3 mmol/l, mankštintis draudžiama, ...* | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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? (išvardinkite) | *pvz.: negali susikaupti, dėmesio stoka, mieguistumas ir pan.* |
| 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? | *nurodykite* |

|  |  |
| --- | --- |
| 11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ | |
| Kokia pagalba (gali būti) reikalinga? | *pvz.: prižiūrėti, ką vaikas valgo, geria. Sekti gliukozės kiekį*  *kraujyje prieš valgį, organizuoti išvyką taip, kad būtų užtikrintas reguliarus savalaikis maitinimas.* |
| Kada reikia suteikti pagalbą? | *pvz.: kai pasireiškia hipoglikemija/ hiperglikemija, ar vaikas jaučiasi blogai, arba prašo pagalbos.* |
| Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)? |  |
| Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų  metu? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 12. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS  *Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai* | | |
| Kokie mokymai yra reikalingi? |  | |
| Kas turi būti apmokyti? |  | |
| Mokymuose dalyvavusių asmenų vardas ir pavardė | Mokymų data: | Parašas: |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS | |
| Kokios atliekos gali susidaryti | *pvz.: panaudoti švirkštai, juostelės, vaistų pakuotės.* |
| Atliekų laikymo tara ir vieta | *pvz.:*   1. *specialus konteineris ar sandariai uždaroma plastikinė dėžutė ar kita tara laikomi Sveikatos kabinete.* 2. *Atliekų laikymo tara Mokyklą aprūpina tėvai (globėjai, rūpintojai) / Atliekų laikymo tara Mokykla apsirūpina pati.* |
| Atliekų šalinimo  periodiškumas | *pvz.: kartą per savaitę.* |
| Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Mokyklos,  įsipareigodami jas saugiai pašalinti | *pvz.: Kiekvienas penktadienis, 12 val.* |

**SUTIKIMAS**

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

Aš sutinku, kad:

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

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

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

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

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

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

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

1.

2.

3. ....

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

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

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