

PATVIRTINTA

Jurbarko Antano Giedraičio-Giedriaus  
gimnazijos direktoriaus 2021 m. spalio 7 d.  
įsakymu Nr. VO-133

**JURBARKO ANTANO GIEDRAIČIO-GIEDRIAUS GIMNAZIJOS MOKINIŲ,  
SERGANČIŲ LĒTINĖMIS NEINFEKČINĖMIS LIGOMIS, SAVIRŪPOS  
PROCESO ORGANIZAVIMO TVARKOS APRAŠAS**

**I SKYRIUS  
BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Jurbarko Antano Giedraičio-Giedriaus gimnazijos (toliau – Gimnazija) mokinių sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (toliau – LNL) savirūpos proceso organizavimo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato mokinių savirūpos proceso organizavimą Gimnazijoje, mokytojų, mokinių, tėvų (atstovų pagal įstatymą) atsakomybes ir pareigas.

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

3. Mokinio, sergančio LNL, savirūpos įgyvendinimo procese dalyvauja mokinys, tėvai (atstovai pagal įstatymą), Gimnazijos direktorius ar jo įgaliotas atstovas, Gimnazijos visuomenės sveikatos specialistas (toliau – VSS), mokinį mokantys mokytojai ir kiti švietimo pagalbos specialistai.

4. Savirūpos procesas organizuojamas atsižvelgiant į mokinio poreikius ir tiksliai gydytojų rekomendacijas pagal mokinio tėvų (atstovų pagal įstatymą) 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 APIBRĖŽIMAI**

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 Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-96413.

6.2. Mokinys – asmuo, kuris mokosi Mokykloje.

6.3. Tėvai (atstovai pagal įstatymą) – mokinio atstovai pagal įstatymą, kaip tai nustatyta Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme 2 str. 12, t. y., vaiko tėvai, vaiką įvaikinus, – įtėviai, 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 savirūpos plane.

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

### **III SKYRIUS**

#### **SAVIRŪPOS PROSESO ORGANIZAVIMAS MOKYKLOJE**

7. Savirūpos procesas Gimnazijoje organizuojamas, jei:

7.1. Mokinys, mokinio tėvai (atstovai pagal įstatymą), rašydami prašymą dėl priėmimo/ pasirašydami mokymo sutartį į/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 (atstovai pagal įstatymą) 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 direktorius ar jo įgaliotas atstovas inicijuoja Vaiko gerovės komisijos (toliau – VGK) posėdį. Į posėdį pakviečiami: mokinys, mokinio tėvai (atstovai pagal įstatymą). Jo metu mokinys, mokinio tėvai (atstovai pagal įstatymą) supažindinami su Gimnazijos galimybėmis organizuoti mokinio savirūpai reikalingą pagalbą, aptariama individualaus savirūpos plano būtinybė bei jo parengimas;

8.2. VSS ir Gimnazijos direktorius ar jo įgaliotas atstovas rengia savirūpos planą pagal tiksliai, aiškiai išdėstytas gydytojo rekomendacijas bei tėvų išsakytus lūkesčius;

8.3. Gimnazijos direktorius ar jo įgaliotas atstovas supažindina mokinį, tėvus (atstovus pagal įstatymą) su savirūpos planu;

8.4. mokinys, tėvai (atstovai pagal įstatymą) užpildo individualų savirūpos planą;

8.5. savirūpos planas suderinamas su tėvais (atstovais pagal įstatymą), jiems pasirašant individualiame savirūpos plane;

8.6. savirūpos planas suderinamas suinteresuotoms šalims pasirašant sutikimą;

8.7. suderintas savirūpos planas įsakymu tvirtinamas Gimnazijos direktoriaus;

8.8. Gimnazijos direktorius ar jo įgaliotas atstovas sudaro sąrašą asmenų, kurie dalyvauja konkreto mokinio savirūpos plano įgyvendinime, nurodant kiekvieno iš jų konkrečius savirūpos plano įgyvendinimo veiksmus;

8.9. Gimnazijos direktorius ar jo įgaliotas atstovas savirūpos plano įgyvendinime dalyvaujančius asmenis supažindina su savirūpos planu, apmoko;

8.10. Gimnazijos direktorius ar jo įgaliotas atstovas savirūpos plano įgyvendinime dalyvaujančius asmenis supažindina su Lietuvos Respublikos duomenų apsaugos įstatymu, pateikia pasirašyti Pasižadėjimą saugoti tvarkomų asmens ir kitų duomenų paslaptį, laikytis duomenų saugos reikalavimų (2 priedas);

8.11. suderintas ir patvirtintas savirūpos planas tampa Mokymo sutarties neatsiejama dalimi;

8.12. savirūpos planas gali būti koreguojamas pasikeitus mokinio sveikatos būklei;

8.13. tėvai (atstovai pagal įstatymą) gali atsisakyti savirūpos mokiniui organizavimo, teikdami prašymą Gimnazijos direktoriui (3 priedas). Gimnazija apie tėvų (atstovų pagal įstatymą) atsisakymą dalyvauti savirūpos procese per 3 darbo dienas 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 (atstovais pagal įstatymą);

9.4. tvarkyti ir saugoti surinktus mokinių ir tėvų (atstovų pagal įstatymą) asmens duomenis laikantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento ir Asmens duomenų Gimnazijoje taisyklių reikalavimų.

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

#### **V SKYRIUS**

#### **MOKINIO, TĖVŲ (ATSTOVŲ PAGAL ĮSTATYMĄ) ATSAKOMYBĖS IR PAREIGOS**

11. Informuoti Gimnaziją apie savirūpos organizavimo poreikį.

12. Suteikti reikiamą informaciją savirūpos plano rengimui.

13. Pateikti gydytojų rekomendacijas.

14. Atvykti į individualius susitikimus, VGK posėdžius.

15. Savirūpos plane užpildyti tėvams (atstovams pagal įstatymą) skirtas dalis ir pateikti reikiamą informaciją.

16. Mokinys, tėvai (atstovai pagal įstatymą) atsako už individualaus savirūpos plano įgyvendinimą, vykdymą.

17. Tėvai (atstovai pagal įstatymą) privalo užtikrinti, suteikti visas savirūpos plane nurodytas priemones ir medikamentus bei pasirūpinti susidarančių atliekų šalinimu.

---

Mokinių, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso tvarkos aprašo 1 priedas

**(Individualaus savirūpos plano forma)**

**JURBARKO ANTANO GIEDRAIČIO-GIEDRIAUS GIMNAZIJOS  
INDIVIDUALUS SAVIRŪPOS PLANAS**

**KAI MOKINYS SERGA CUKRINIŲ DIABETU**

1. MOKINIO DUOMENYS		
<i>Mokinio nuotrauka</i>	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Klasė:	
Gimnazijos adresas:	<i>Gatvė, namo Nr.</i>	
	<i>Miestas</i>	
	<i>Pašto kodas</i>	
Gyvenamosios vietos adresas:	<i>Gatvė, namo Nr.</i>	
	<i>Miestas/ rajonas</i>	
	<i>Pašto kodas</i>	
Savirūpos plano sudarymo data		
Savirūpos plano peržiūros data		

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

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

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Gimnazijos visuomenės sveikatos specialistas:	<i>Vardas ir pavardė:</i>	
	<i>Kontaktinė informacija:</i>	

	<i>Darbo grafikas Gimnazijoje:</i>	
	<i>Sveikatos kabineto vieta Gimnazijoje:</i>	
Klasės vadovas:	<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

*Gimnazija 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):	<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

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)

- 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 insuliną?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
<i>Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?</i>		
Jeigu taip, taip pat užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie vaistų vartojimo dozę, laiką, vartojimo būdą ir naudojimo administravimą.		
<input type="checkbox"/> Insulinas suleidžiamas švirkštikliu		<input type="checkbox"/> Insulinas suleidžiamas pompa
Insulino pavadinimas	Dozė	Suleidimo laikas

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

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

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

#### HIPOGLIKEMIJA (būklė kai gliukozės kiekis kraujyje mažiau nei ... mmol/l)

Kokie yra hipoglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?	
Kas išprovokuoja hipoglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite)	<input type="checkbox"/> trauma, skausmas <input type="checkbox"/> infekcinė liga, ypač su aukšta temperatūra <input type="checkbox"/> vėmimas <input type="checkbox"/> praleisti valgymai užsitęsęs fizinis krūvis didelis emocinis stresas kita (išvardinkite):

Kokių pagalbos veiksų reikia imtis?	Lengva/vidutinė hipoglikemija Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:  Sunki hipoglikemija Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai:
Kokia tolimesnių veiksų 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? ( <i>pažymėkite</i> )	<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 <input type="checkbox"/> vaistai <input type="checkbox"/> Kita ( <i>išvardinkite</i> ):
Kokių pagalbos veiksų reikia imtis? ( <i>papildykite, koreguokite jei reikia</i> )	<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 veiksų 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 taikomos Gimnazijoje?	
Kada ją reikia taikyti?	
Ar tam reikia kokios nors įrangos (priedais)?	<input type="checkbox"/> gliukomatis, adatėlės, kita ( <i>įrašykite</i> ):
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 speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
Jeigu taip išvardinkite:		

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

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

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

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

#### 11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS 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

*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:

#### 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 savirūpos plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo Gimnazijoje poreikius. Aš suprantu ir sutinku, kad šiame sutikime pateikta informacija bus dalijamasi su Gimnazijos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyje mano vaiko sveikatos ir saugos tikslais. Įsipareigoju nedelsiant informuoti Gimnazijos 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 savirūpos 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 (atstovų pagal įstatymą) parašas	
Tėvo (atstovų pagal įstatymą) 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 (atstovus pagal įstatymą), 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 direktoriaus 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.

**JURBARKO ANTANO GIEDRAIČIO-GIEDRIAUS GIMNAZIJOS  
INDIVIDUALUS SAVIRŪPOS PLANAS**

**KAI MOKINYS SERGA BRONHŲ ASTMA**

1. MOKINIO DUOMENYS		
<i>Mokinio nuotrauka</i>	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Klasė:	
Gimnazijos adresas:	<i>gatvė, namo Nr.</i>	
	<i>miestas</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		
Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	<i>Mobilusis:</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>	
Klasės vadovas:	<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 nustatyta bronchų astmos kilmė?	<input type="checkbox"/> Alerginė		<input type="checkbox"/> Nealerginė	
Kokio pobūdžio bronchų astmos simptomai būdingi jūsų vaikui?	<input type="checkbox"/> Priepuoliniai		<input type="checkbox"/> Pastovūs	
	<input type="checkbox"/> Sezoniniai		<input type="checkbox"/> Visus metus	<input type="checkbox"/> Cikliniai
Kokio sunkumo bronchų astma nustatyta jūsų vaikui?	<input type="checkbox"/> intermituojanti (protarpinė)	<input type="checkbox"/> lengva persistuojanti	<input type="checkbox"/> vidutinio sunkumo persistuojanti	<input type="checkbox"/> sunki persistuojanti
Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (ių) aprašymą:</i>				
Alergijos:				

5. VAISTŲ VARTOJIMAS	
5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ 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 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 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

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 kita (išvardinkite)		
Kas išprovokuoja jūsų vaiko bronchų astmos paūmėjimą?	<table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Namų dulkių erkių alergenai  <input type="checkbox"/> Tarakonų alergenai  <input type="checkbox"/> Patalpų teršalai  <input type="checkbox"/> Žiedadulkės  <input type="checkbox"/> Sportas/ fizinė veikla  <input type="checkbox"/> Peršalimas/ gripas  <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite):               </td> <td> <input type="checkbox"/> Gyvūnų alergenai  <input type="checkbox"/> Patalpų pelėšiai  <input type="checkbox"/> Vaistai  <input type="checkbox"/> Stresas  <input type="checkbox"/> Oro sąlygos  <input type="checkbox"/> Oro tarša (tabako dūmai,               </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Namų dulkių erkių alergenai <input type="checkbox"/> Tarakonų alergenai <input type="checkbox"/> Patalpų teršalai <input type="checkbox"/> Žiedadulkės <input type="checkbox"/> Sportas/ fizinė veikla <input type="checkbox"/> Peršalimas/ gripas <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite):	<input type="checkbox"/> Gyvūnų alergenai <input type="checkbox"/> Patalpų pelėšiai <input type="checkbox"/> Vaistai <input type="checkbox"/> Stresas <input type="checkbox"/> Oro sąlygos <input type="checkbox"/> Oro tarša (tabako dūmai,
<input type="checkbox"/> Namų dulkių erkių alergenai <input type="checkbox"/> Tarakonų alergenai <input type="checkbox"/> Patalpų teršalai <input type="checkbox"/> Žiedadulkės <input type="checkbox"/> Sportas/ fizinė veikla <input type="checkbox"/> Peršalimas/ gripas <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite):	<input type="checkbox"/> Gyvūnų alergenai <input type="checkbox"/> Patalpų pelėšiai <input type="checkbox"/> Vaistai <input type="checkbox"/> Stresas <input type="checkbox"/> Oro sąlygos <input type="checkbox"/> Oro tarša (tabako dūmai,		
Ar jūsų vaikas pasako kai jam reikalingi medikamentai?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne		

Ar jūsų vaikui reikalinga pagalba vartojant (įkvepiant) vaistus?	<input type="checkbox"/> Taip	<input type="checkbox"/> Ne
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis?		
Kokia tolimesnių veikslių seka?		

#### 7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną 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

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, apibūdinami 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

*Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Gimnazijos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai*

Kas turi būti apmokyti?

#### 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	

#### 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 susitikime pateikta informacija bus dalijamasi su Gimnazijos darbuotojais,**

dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyje 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 (atstovų pagal įstatymą) parašas	
Tėvo (atstovų pagal įstatymą) 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 (atstovus pagal įstatymą), 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 direktoriaus 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.

**JURBARKO ANTANO GIEDRAIČIO-GIEDRIAUS GIMNAZIJOS  
INDIVIDUALUS SAVIRŪPOS PLANAS**

**KAI MOKINYS SERGA DERMATITU**

1. MOKINIO DUOMENYS		
<i>Mokinio nuotrauka</i>	Vardas ir pavardė:	
	Gimimo data:	
	Amžius:	
	Klasė:	
Gimnazijos adresas:	<i>Gatvė, namo Nr.</i>	
	<i>miestas</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		
Vardas ir pavardė:		
Giminystės ryšys:		
Telefono numeris:	<i>Mobilusis:</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>	
Klasės vadovas:	<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 kasymo atsiradusios stigos (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> <input type="checkbox"/> <i>Maisto alergenai</i> <input type="checkbox"/> <i>Patalpų teršalai</i> <input type="checkbox"/> <i>Žiedadulkės</i> <input type="checkbox"/> <i>Oro sąlygos</i> <input type="checkbox"/> <i>Oro tarša,</i> <input type="checkbox"/> <i>Kita (išvardinkite):</i>	<i>Gyvūnų alergenai</i> <i>Patalpų pelėsiai</i> <i>Vaistai</i> <i>Stresas</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	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>

vaistus Gimnazijoje?	<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 NEINFEKCIINĖS 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 būklę (ių) atpažinimo simptomus ir taikytinas neatidėliotinas pagalbos priemones joms pasireiškusioms. Kiekvienai paūmėjimo būklei apibūdinti užpildykite atskirą lentelę.**

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

## 7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA

Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną 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/PAMOKA

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 pamoką	
Pagalbos veiksmai po fizinio ugdymo pamokos	
Pagalbos veiksmai pertraukų metu	

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

	Taip	<input type="checkbox"/>
--	------	--------------------------

Ar mokinio sveikatos būklė(ės) gali turėti įtakos mokinio mokymuisi?	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 (atstovai pagal įstatymą) 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 sutikime 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 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**

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 (atstovų pagal įstatymą) parašas	
Tėvo (atstovų pagal įstatymą) 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 (atstovus pagal įstatymą), 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 direktoriaus 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 JURBARKO ANTANO GIEDRAIČIO-GIEDRIAUS GIMNAZIJOS**  
**TVARKOMŲ VAIKŲ IR JŲ TĖVŲ (ATSTOVŲ PAGAL ĮSTATYMĄ) ASMENS IR KITŲ**  
**DUOMENŲ PASLAPTĮ, LAIKYTIS 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 tokia informaciją teikti įpareigoja teisės aktai ar kompetentingos institucijos.

3. Aš įsipareigoju:

3.1. saugoti konfidencialią informaciją;

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
(parašas)

\_\_\_\_\_  
(vardas ir pavardė)

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

**(Prašymo dėl savirūpos organizavimo forma)**

\_\_\_\_\_  
(vardas, pavardė)

\_\_\_\_\_  
(gyvenamoji vieta, telefonas)

Jurbarko Antano Giedraičio-Giedriaus  
gimnazijos direktoriui

**PRAŠYMAS DĖL SAVIRŪPOS ORGANIZAVIMO**

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

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

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

\_\_\_\_\_  
(mokinio(ės) vardas, pavardė)

Dėl \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(nurodyti priežastis)

\_\_\_\_\_  
(parašas)

\_\_\_\_\_