

PATVIRTINTA  
Marijampolės „Žiburėlio“ mokyklos-  
daugiafunkcio centro direktoriaus  
2024 m. gruodžio 27d. įsakymu Nr. V-379

**MARIJAMPOLĖS „ŽIBURĖLIO“ MOKYKLOS-DAUGIAFUNKCIO CENTRO  
PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI PAGAL GYDYTOJŲ REKOMENDACIJAS  
UŽTIKRINIMO, JEIGU MOKINYS SERGA LĖTINE NEINFEKCINE LIGA, TVARKA**

**I SKYRIUS  
BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Marijampolės „Žiburėlio“ mokykla-daugiafunkcis centras (toliau – Centras) pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo, jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga (toliau – LNL), tvarka (toliau – Tvarka) nustato Centre pagalbos mokinio, sergančio LNL, savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo organizavimą.

2. Tvarkos tikslas – užtikrinti sklandų pagalbos mokinio savirūpai organizavimą Centre, kai mokinys serga LNL.

3. Tvaroje naudojamos sąvokos ir apibrėžimai:

3.1. **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.

3.2. **Mokinys** – asmuo, kuris mokosi.

3.3. **Tėvai (globėjai, rūpintojai)** – mokinio atstovai pagal įstatymą, t. y. vaiko tėvai, vaiką įvaikinus, – įtėviai, nustačius globą ar rūpybą, – globėjai ar rūpintojai, įstatymų nustatytais atvejais – valstybinė vaiko teisių apsaugos institucija.

3.4. **Mokinio savirūpa** – mokinio, sergančio LNL, ugdomas(is) 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.

3.5. **Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga LNL, teikimo Centre planas** (toliau – Planas) – individualiai pagal gydytojo rekomendacijas ir tėvų (globėjų, rūpintojų) lūkesčius parengtas veiksmų planas, užtikrinantis sklandžią pagalbos mokinio savirūpai teikimo eigą.

3.6. **Medicinos pagalbos priemonė** – medicinos priemonė (prietaisas) arba specialiosios paskirties maisto produktas, atitinkantis sveikatos apsaugos ministro patvirtintus specialiosios paskirties maisto produktų reikalavimus.

4. Tvarka parengta vadovaujantis:

4.1. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. rugsėjo 10 d. įsakymu Nr. V-773 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 21:2017 „Mokykla, vykdanči bendrojo ugdymo programas. Bendrieji sveikatos saugos reikalavimai“ patvirtinimo“.

4.2. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymu Nr. V-1035/ĮSAK-2680 „Dėl Visuomenės sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“.

4.3. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro ir MB „Audito projektai“ parengtomis metodinėmis rekomendacijomis „Lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (cukriniu diabetu, bronchų astma ir dermatitu) sergančių vaikų, ugdomų bendrojo ugdymo įstaigose, sveikatos priežiūros Mokyklose metodinės rekomendacijos“ (2020).

4.4. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro ir MB „Audito projektai“ parengtomis metodinėmis rekomendacijomis „Sveikatos priežiūrą mokyklose vykdančių visuomenės sveikatos specialistų funkcijų, vykdomų pagal visuomenės sveikatos priežiūros mokykloje tvarkos aprašą, metodinės rekomendacijos“ (2020).

4.5. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2001 m. vasario 1 d. įsakymu Nr. 65 „Dėl Informacijos apie pacientą valstybės institucijoms ir kitoms įstaigoms teikimo tvarkos patvirtinimo“.

## II SKYRIUS

### PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI ORGANIZAVIMAS CENTRE

5. Pagalba mokinio savirūpai Centre organizuojama, kai gaunama informacija apie esantį ar atsiradusį pagalbos mokinio savirūpai poreikį, t. y., kai:

5.1. Tėvai (globėjai, rūpintojai), pasirašydami dvišalę mokymo sutarties formą, pažymi, kad mokinys serga LNL ir mokiniui bus reikalinga savirūpos pagalba ugdymo procese;

5.2. Tėvai (globėjai, rūpintojai) Centru pateikia užpildytą Prašymą dėl pagalbos mokinio savirūpai organizavimo (toliau – Prašymas) (1 priedas);

5.3. Visuomenės sveikatos specialistas, dirbantis Centre, (toliau – VSS), išanalizavęs Mokinio sveikatos pažymėjimus (LR SAM statistinė apskaitos forma Nr. E027-1) ir Medicininius pažymėjimus (LR SAM statistinė apskaitos forma Nr. 046/a), gydytojų nurodytas išvadas ir rekomendacijas raštu perduoda Centro direktoriui ar jo įgaliotam atstovui.

6. Mokinio, sergančio LNL, pagalbos savirūpai įgyvendinime dalyvauja mokinys, tėvai (globėjai, rūpintojai), Centro direktorius ar jo įgaliotas atstovas, VSS, mokinių ugdantys mokytojai ir kiti švietimo pagalbos specialistai.

7. Centro direktorius ar jo įgaliotas atstovas nuo šios Tvarkos 5 punkte pateiktos informacijos gavimo dienos, per 5 darbo dienas inicijuoja susitikimą su mokinio tėvais (globėjais, rūpintojais). Jo metu analizuojamas pagalbos mokinio savirūpai poreikis ir priimamas sprendimas dėl Centro galimybės organizuoti pagalbą.

8. Jei susitikimo metu tėvai (globėjai, rūpintojai) nurodo, kad bus reikalinga pagalba mokinio savirūpai, jiems duodamas užpildyti Prašymas ir kartu rengiamas Planas (3 priedas arba 4 priedas).

9. Planas pildomas atsižvelgiant į mokinio sveikatos būklę, tėvų (globėjų, rūpintojų) išsakytus pagrįstus lūkesčius ir Centro galimybes. Planas gali būti pildomas pasitelkiant mokinių gydančio gydytojo pagalbą.

10. Parengtas Planas pasirašytinai suderinamas su tėvais (globėjais, rūpintojais), Centro direktoriaus įgaliotu atstovu, VSS, ir kitais darbuotojais, teikiančiais pagalbą mokinio savirūpai.

11. Suderintas Planas tvirtinamas Centro direktoriaus įsakymu. Įsakymu paskiriami darbuotojai, atsakingi už Plano vykdymą ir peržiūrą.

12. Įgyvendinamos tokios pagalbos mokinio savirūpai priemonės, kurių užtikrinimas nereikalauja didesnės darbuotojų kompetencijos (žinių ir gebėjimų) ir Centre yra sudarytos vaistų ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių laikymui tinkamos sąlygos.

13. Centro direktorius ar jo įgaliotas atstovas su tėvų (globėjų, rūpintojų) pagalba, esant poreikiui, organizuoja mokymus apie mokinio sveikatos būklę Planą įgyvendinantiems darbuotojams.

14. Planas turi būti peržiūrimas ne rečiau nei kartą per metus, ir nedelsiant, kai pasikeičia pagalbos mokinio savirūpai poreikis ar Centro pagalbos teikimo galimybės, bei atitinkamai koreguojamas. Apie Plano atnaujinimus supažindinami pasirašytinai asmenys, dalyvaujantys pagalbos mokinio savirūpai teikime.

15. Jei susitikimo metu, svarstant pagalbos mokinio savirūpai poreikį, ar Plano įgyvendinimo eigoje tėvai (globėjai, rūpintojai) nurodo, kad Centre nereikia pagalbos mokinio savirūpai, jiems duodamas užpildyti Atsisakymas organizuoti pagalbą mokinio savirūpai (toliau – Atsisakymas) (4 priedas).

16. Užpildytas Atsisakymas neatleidžia Centro darbuotojų nuo pareigos mokinio sveikatai pablogėjus, suteikti pirmąją pagalbą tiek, kiek leidžia jų kompetencija atlikti visus, su tuo susijusius veiksmus.

17. Apie mokinių tėvų (globėjų, rūpintojų) piktybišką nedalyvavimą susitikimuose ir sklandaus Plano įgyvendinimo procese (pvz., nepateikia vaistų ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių, neinformuoja apie mokinio sveikatos pasikeitimus ir kt.) informuojamas Centro direktorius ar jo įgaliotas atstovas, kuris inicijuoja vaiko gerovės komisijos posėdžius. Posėdžių metu aptariama gauta informacija, kuri gali būti vertinama kaip mokinio nepriežiūra.

18. V GK išvadas apie galimą mokinio nepriežiūrą Centre ne vėliau kaip per 3 d. d. perduoda raštu savivaldybės tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatoriui.

19. Prašymas, Atsisakymas ir Planas turi būti aiškiai ir suprantamai užpildyti, pateikta tiksli informacija ir pasirašyti.

20. Originalai pridedami prie to mokinio Mokymosi sutarties ir tampa neatsiejama jos dalimi.

### III SKYRIUS

#### VAISTŲ IR (AR) KITŲ MEDICINOS PAGALBOS PRIEMONIŲ LAIKYMAS

21. Tėvams (globėjams, rūpintojams) atsisakius organizuoti pagalbą mokinio savirūpai, mokinsys Centre su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir (ar) kitas medicinos pagalbos priemones, kai jis atsakingas už savo ir kitų saugumą bei savarankiškai gali nurodytus medikamentus suvartoti ir (ar) kitą procedūrą atlikti.

22. Jei Plane tėvai (globėjai, rūpintojai) paprašo skirti vietą nurodytų vaistų ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių laikymui Centre, tai jie turi būti laikomi Centro sveikatos kabinete arba kitoje rakinamoje patalpoje/vietoje vaistų ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių aprašymuose nurodytomis laikymo sąlygomis, užtikrinant, kad priėjimą prie jų turėtų tik jas mokiniui išduodantis darbuotojas, įpareigotas teikti tokią pagalbą mokinio savirūpai.

23. Vaistus ir (ar) kitas medicinos pagalbos priemones, nurodytas Plane, į Centrą atneša tik mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) ir paduoda darbuotojui, įpareigotam teikti tokią pagalbą mokinio savirūpai.

24. Mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) privalo atnešti tinkamos kokybės ir atitinkamai pažymėtus vaistus ir (ar) kitas medicinos pagalbos priemones:

24.1. paskirtas mokinį gydančio gydytojo;

24.2. originalioje pakuotėje su informaciniu lapeliu apie paskirtį, sudėtį, vartojimo būdą, dažnumą, indikacijas ir kontraindikacijas, šalutinį poveikį;

24.3. ant pakuotės yra aiškiai užrašytas mokinio, kuriam gydytojo paskirti vaistai ir (ar) kitos medicinos pagalbos priemonės, vardas, pavardė, klasės numeris/grupės pavadinimas;

24.4. nepažeista vaisto vidinė pakuotė ir nesugadintos medicinos pagalbos priemonės (pvz., neišsilieję skysčiai, nesutrūkinėjusios tabletės, nėra duženų ir kt.);

24.5. tinkamo galiojimo termino.

25. Gydytojui paskyrus mokiniui naujus vaistus ir (ar) kitas medicinos pagalbos priemones, šie vaistai ir (ar) kitos medicinos pagalbos priemonės turi būti pirmą kartą panaudotos mokiniui esant namuose su tėvų (globėjų, rūpintojų) priežiūra, įsitikinti ar vaistai toleruojami, ar saugu naudoti medicinos pagalbos priemonę – tinkami ligos gydymui ir kontrolei. Ši sąlyga netaikoma gydytojo skiriamiems vaistams atlikti skubiąją medicinos pagalbą esant gyvybei pavojingoms būklėms.

26. Pasibaigusio galiojimo vaistus ir (ar) kitas medicinos pagalbos priemones paduoti mokiniui vartoti/naudoti griežtai draudžiama. Pasibaigusio galiojimo taip pat nepanaudoti vaistai ir (ar) kitos medicinos pagalbos priemonės originalioje pakuotėje grąžinamos tėvams (globėjams, rūpintojams).

27. Tėvai (globėjai, rūpintojai) privalo raštiškai informuoti Centro direktorių ar jo įgaliotą atstavą, jei mokiniui vaistų ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių vartoti nebereikia. Nepanaudoti vaistai ir (ar) kitos medicinos pagalbos priemonės originalioje pakuotėje grąžinamos tėvams (globėjams, rūpintojams).

28. Vaistų ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių perdavimo/grąžinimo faktas įrašomas į Vaistų vartojimo ir kitų procedūrų atlikimo Centre apskaitos registrą (5 priedas).

29. Mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) tiesiogiai atsakingi už vaistų ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių kokybę ir nuolatinį papildymą.

#### **IV SKYRIUS**

### **VAISTŲ VARTOJIMO IR (AR) KITŲ MEDICININIŲ PROCEDŪRŲ ATLIKIMO CENTRE ADMINISTRAVIMO TVARKA**

30. Centre mokiniui skirti vaistai vartojami ir (ar) kitos medicininės procedūros atliekamos Plane nustatyta tvarka.

31. Konkrečius pagalbos, susijusios su mokiniui skirtų vaistų vartojimu ir (ar) kitų medicininių procedūrų atlikimu, veiksmus (pvz., išdavimas ar sudavimas / atlikimas), atlieka tik Plane paskirtas darbuotojas, atsakingas už konkrečios pagalbos veiksmų atlikimą mokiniui. Centre nesant plane nurodytam darbuotojui, konkrečios pagalbos veiksmus gali atlikti jį vaduojantis darbuotojas.

32. Taip pat padėti mokiniui vartoti vaistus ir (ar) atlikti kitas medicininės procedūras Centre gali mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai).

33. Jeigu mokiniui reikia atlikti procedūrą, kuri priskirta asmens sveikatos priežiūros licencijuotoms paslaugoms (vaisto injekcija, kateterio įvedimas ir kt.), tai atlieka mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) arba dėl procedūros atlikimo jie susitaria su asmens sveikatos priežiūros įstaiga.

34. Neturint būtiniosios kvalifikacijos bei licencijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimui, tokie Centro darbuotojų veiksmai yra neteisėti ir neleistini.

35. Siekiant išvengti vaisto vartojimo ir (ar) kitos medicininės procedūros atlikimo klaidų, darbuotojas, atsakingas už pagalbos mokiniui vaistus naudoti ir (ar) kitas medicininės procedūras atlikti, kiekvieną kartą prieš išduodamas vaistus ir (ar) atlikdamas medicininės procedūras, privalo patikrinti:

- 35.1. ar vaistas ir (ar) medicinos pagalbos priemonė yra ta, kuri nurodyta Plane;
- 35.2. ar tai tas mokinys, kuriam vaistas ir (ar) kita medicininė procedūra paskirti;
- 35.3. ar teisinga vaisto dozė;
- 35.4. ar duodama/ atliekama tinkamu laiku;
- 35.5. ar vaisto dar nėra gavęs (išvengti dvigubos dozės) ir (ar) kita procedūra nėra atlikta;
- 35.6. ar nepasibaigęs galiojimo terminas;
- 35.7. ar teisingas vartojimo būdas;
- 35.8. ar nepažeista vaisto ir (ar) kitos medicinos pagalbos priemonės vidinė pakuotė ar kitaip nesugadintas.

36. Darbuotojai turi atlikti rankų higieną prieš vaistų išdavimą/sudavimą ir (ar) kitos medicininės procedūros atlikimą mokiniui ir po to.

37. Taip pat darbuotojas turi įvertinti mokinio sveikatos būklę: ar nėra kontraindikacijų jam vartoti vaistus ir (ar) atlikti kitas medicininės procedūras (pvz., nekarščiuoja, nevemia, vaisto vartojimo vieta neparaudus, neskausminga ir kt.). Apie pastebėtas kontraindikacijas nedelsiant informuojami mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) telefonu, nurodytu Plane.

38. Mokinys vaistą turi suvartoti ir (ar) medicininę procedūrą atlikti tik stebint darbuotojui, atsakingam už pagalbą vaistą vartojant ir (ar) atliekant medicininę procedūrą.

39. Darbuotojai, pastebėję šalutines reakcijas, nedelsiant informuoja mokinio tėvus ar globėjus telefonu nurodytu plane bei Centro direktorių ar jo įgaliotą atstovą.

40. Atsiradus pavojingoms sveikatai šalutinėms reakcijoms nedelsiant suteikiama pirmoji pagalba ir (ar) kviečiama greitoji medicinos pagalba, vadovaujantis Centre patvirtinta Pirmosios pagalbos organizavimo tvarka.

41. Darbuotojas, atsakingas už konkrečių pagalbos veiksmų mokiniui vartojant vaistus ir (ar) atliekant kitas medicinos procedūras, privalo užregistruoti kiekvieno atlikto pagalbos veiksmo faktą į Vaistų vartojimo ir kitų procedūrų atlikimo Centre apskaitos registrą (5 priedas).

42. Vaistų vartojimo ir kitų procedūrų atlikimo Centre apskaitos registras laikomas vaistų ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių laikymo vietoje.

## **V SKYRIUS BAIGIAMOSIOS NUOSTATOS**

43. Centro atsakomybės:

43.1. Sudaryti sąlygas pagalbai mokinio savirūpai organizuoti;

43.2. Organizuoti individualius pokalbius, susirinkimus su mokiniu, tėvais (globėjais, rūpintojais) spręsti pagalbos mokinio savirūpai organizavimo klausimus;

43.3. Centras atsako už sklandų pagalbos mokinio savirūpai organizavimą, Plano sudarymą bei koordinavimą.

44. Centras ir VSS neprisiima atsakomybės už mokinio organizmo reakcijas į paskirtą vaistą, vaistų ir medicinos pagalbos priemonių kokybę, savalaikį jų tiekimą ir papildymą bei už mokinio ligos gydymo ir kontrolės kokybę namuose.

45. Mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų) atsakomybės:

45.1. Informuoti Centrą apie savirūpos organizavimo poreikį;

45.2. Atvykti į individualius pokalbius/susirinkimus su darbuotojais, atsakingais už pagalbos mokinio savirūpai organizavimą;

45.3. Pateikti Centrai teisingą informaciją apie mokinio sveikatos būklę, visus pokyčius, galinčius turėti įtakos pagalbos mokinio savirūpai įgyvendinimui;

45.4. Pasirūpinti saugiu atliekų, nurodytų Plane, pašalinimu;

45.5. Mokinio tėvai (globėjai, rūpintojai) atsako už mokinio ligos gydymo ir kontrolės kokybę namuose.

46. Asmenys, dalyvaujantys pagalbos mokinio savirūpai teikime, privalo užtikrinti mokinio asmens ir sveikatos duomenų konfidencialumą, naudoti šiuos duomenis tiek, kiek reikalinga mokinio teisei būti sveikam užtikrinti, tačiau nepažeidžiant jo teisės į privatų gyvenimą, asmens neliečiamybę, privalo neatskleisti, neperduoti ir nesudaryti sąlygų susipažinti su šiais duomenimis nė vienam asmeniui, kuris neturi teisės jais naudotis, ir saugoti konfidencialumą perėjus dirbti į kitas pareigas ar pasibaigus darbo santykiams.

---

Pagalbos mokinio savirūpai  
pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo,  
jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos  
1 priedas

---

(Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė)

---

(Gyvenamosios vietos adresas, tel. Nr., el. pašto adresas)

Marijampolės „Žiburėlio“ mokyklos-daugiafunkcio  
centro direktoriui

**PRAŠYMAS  
DĖL PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI ORGANIZAVIMO**

20\_\_ m. \_\_\_\_\_ mėn. \_\_ d.  
Marijampolė

Prašau organizuoti ir užtikrinti pagalbą mokinio savirūpai pagal individualų pagalbos  
mokinio savirūpai teikimo Centre planą mano dukrai/sūnui/globalinei(-  
iui) \_\_\_\_\_,  
(Vardas, pavardė, klasė)

klasės mokinei(-iui), kuri(-is) serga lėtine neinfekcine liga. Įsipareigoju suteikti visą reikalingą  
informaciją.

(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė)

Pagalbos mokinio savirūpai  
pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo,  
jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos  
2 priedas

**INDIVIDUALUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI,  
KAI MOKINYS SERGA LĖTINE NEINFEKCINE LIGA,  
TEIKIMO CENTRE PLANAS**

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga lėtine neinfekcine liga, teikimo Centre planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Centro, visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio sveikatos priežiūrą Centre, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai Centre poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai mokymosi proceso metu.

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|
| <b>1. DUOMENYS APIE MOKINĮ</b> (pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))                                                                                                                                                                             |                                |  |
| <i>Mokinio nuotrauka<br/>(jei sutinka tėvai (globėjai,<br/>rūpintojai))</i>                                                                                                                                                                     | Vardas ir pavardė              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | Gimimo data                    |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | Gyvenamosios<br>vietos adresas |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | Klasės Nr.                     |  |
| PLANO sudarymo data                                                                                                                                                                                                                             |                                |  |
| PLANO koregavimo data<br>(peržiūrimas ne rečiau nei kartą per metus ir<br>nedelsiant, pvz., pasikeitus pagalbos mokinio<br>savirūpai poreikiui ar Centro pagalbos teikimo<br>galimybėms ir kitoms aplinkybėms, bei<br>atitinkamai koreguojamas) |                                |  |
| <b>2. TĖVŲ(GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) KONTAKTAI</b><br>(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai), nurodant šeimos narius pagal eiliškumą, į kuriuos būtų<br>kreipiamasi pirmiausia)                                                                          |                                |  |
| <b>Pirmas kontaktas</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                |  |
| Vardas ir pavardė                                                                                                                                                                                                                               |                                |  |
| Giminystės ryšys                                                                                                                                                                                                                                |                                |  |
| Telefono Nr.                                                                                                                                                                                                                                    | asmeninis                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | darbo                          |  |
| El. pašto adresas                                                                                                                                                                                                                               |                                |  |
| <b>Antras kontaktas</b>                                                                                                                                                                                                                         |                                |  |
| Vardas ir pavardė                                                                                                                                                                                                                               |                                |  |
| Giminystės ryšys                                                                                                                                                                                                                                |                                |  |
| Telefono Nr.                                                                                                                                                                                                                                    | asmeninis                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                 | darbo                          |  |
| El. pašto adresas                                                                                                                                                                                                                               |                                |  |
| <b>3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINAT PLANĄ CENTRE,<br/>KONTAKTAI</b>                                                                                                                                                             |                                |  |

|                                                                                                                                                                 |                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--|
| <i>(pildo Centro direktoriaus įgaliotas atstovas; gali būti nurodoma ir daugiau asmenų)</i>                                                                     |                                                                     |  |
| <b>Pirmas asmuo</b>                                                                                                                                             |                                                                     |  |
| Vardas ir pavardė                                                                                                                                               |                                                                     |  |
| Pareigos                                                                                                                                                        |                                                                     |  |
| Darbo grafikas                                                                                                                                                  |                                                                     |  |
| Telefono Nr.                                                                                                                                                    | asmeninis                                                           |  |
|                                                                                                                                                                 | darbo                                                               |  |
| El. pašto adresas                                                                                                                                               |                                                                     |  |
| <b>Antras asmuo</b>                                                                                                                                             |                                                                     |  |
| Vardas ir pavardė                                                                                                                                               |                                                                     |  |
| Pareigos                                                                                                                                                        |                                                                     |  |
| Darbo grafikas                                                                                                                                                  |                                                                     |  |
| Telefono Nr.                                                                                                                                                    | asmeninis                                                           |  |
|                                                                                                                                                                 | darbo                                                               |  |
| El. pašto adresas                                                                                                                                               |                                                                     |  |
| <b>Trečias asmuo</b>                                                                                                                                            |                                                                     |  |
| Vardas ir pavardė                                                                                                                                               |                                                                     |  |
| Pareigos                                                                                                                                                        |                                                                     |  |
| Darbo grafikas                                                                                                                                                  |                                                                     |  |
| Telefono Nr.                                                                                                                                                    | asmeninis                                                           |  |
|                                                                                                                                                                 | darbo                                                               |  |
| El. pašto adresas                                                                                                                                               |                                                                     |  |
| <b>4. INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų)</b><br><i>(pildo visuomenės sveikatos specialistas, vykdamas sveikatos priežiūrą Centre)</i> |                                                                     |  |
| Medicininio dokumento pavadinimas, išdavimo data                                                                                                                |                                                                     |  |
| Gydytojo išvados                                                                                                                                                |                                                                     |  |
| Gydytojo rekomendacijos                                                                                                                                         |                                                                     |  |
| Fizinio ugdymo grupė ir ar atleistas nuo fizinio ugdymo pamokų iki kada                                                                                         |                                                                     |  |
| <b>5. INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ</b><br><i>(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai), gali pildyti kartu su mokinio gydytojo pagalba)</i>                      |                                                                     |  |
| <b>Sveikatos būklės apibūdinimas</b><br><i>(įvertinimas (gera, vidutinė, bloga), pasireiškiantys požymiai ir simptomai):</i>                                    |                                                                     |  |
| <b>Pasireiškiančios alergijos:</b>                                                                                                                              | Pažymėkite:<br><input type="checkbox"/> Namų dulkių erkių alergenai |  |

|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Gyvūnų alergenai<br><input type="checkbox"/> Patalpų pelėsiai<br><input type="checkbox"/> Patalpų teršalai<br><input type="checkbox"/> Vaistai (išvardinkite): _____<br><input type="checkbox"/> Žiedadulkės<br><input type="checkbox"/> Stresas<br><input type="checkbox"/> Oro sąlygos<br><input type="checkbox"/> Oro tarša<br><input type="checkbox"/> Maisto alergenai (išvardinkite): _____<br><input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>6. VAISTŲ VARTOJIMAS IR KITŲ MEDICININIŲ PROCEDŪRŲ ATLIKIMAS</b><br>(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))<br>Centras turi būti nedelsiant informuojamas apie visus šio vaiko gydymo pokyčius. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>6.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ CENTRO RIBŲ</b><br>(šią dalį pildyti jei mokinys vartoja vaistus už Centro ribų)                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Centre mokymosi proceso metu?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Taip<br><input type="checkbox"/> Ne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Jeigu <b>TAIP</b> , koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti Centre mokymosi proceso metu?                                                                                               | Pasirinkite:<br><input type="checkbox"/> Alerginės reakcijos, pvz.: odos bėrimas, niežėjimas, patinimas aplink akis, lūpų ir liežuvio tinimas, apsunkintas kvėpavimas ir rijimas<br><input type="checkbox"/> Injekcijos vietose gali atsirasti tokios reakcijos kaip skausmas, paraudimas, dilgėlinė, tinimas ir niežėjimas<br><input type="checkbox"/> Vartojimo vietos reakcijos, pvz.: bėrimas, skausmas, perštėjimas, nesunkus odos pleiskanojimas, sausumas, patinimas ir egzemos simptomų pasunkėjimas<br><input type="checkbox"/> Jaučiamas širdies plakimas<br><input type="checkbox"/> Drebulys<br><input type="checkbox"/> Galvos skausmas<br><input type="checkbox"/> Galvos svaigimas<br><input type="checkbox"/> Nenustygimas<br><input type="checkbox"/> Nervingumas<br><input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite): _____ |
| <b>6.2. VAISTŲ VARTOJIMAS CENTRE</b><br>(šią dalį pildyti jei reikalinga mokiniui vaistus vartoti Centre)                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Centre mokymosi proceso metu?                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Taip<br><input type="checkbox"/> Ne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Jeigu <b>TAIP</b> , koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti Centre                                                                                                                      | Pasirinkite:<br><input type="checkbox"/> Alerginės reakcijos, pvz.: odos bėrimas, niežėjimas, patinimas aplink akis, lūpų ir liežuvio tinimas, apsunkintas kvėpavimas ir rijimas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| mokymosi proceso metu? | <input type="checkbox"/> Injekcijos vietose gali atsirasti tokios reakcijos kaip skausmas, paraudimas, dilgėlinė, tinimas ir niežėjimas<br><input type="checkbox"/> Vartojimo vietos reakcijos, pvz.: bėrimas, skausmas, perštėjimas, nesunkus odos pleiskanojimas, sausumas, patinimas ir egzemos simptomų pasunkėjimas<br><input type="checkbox"/> Jaučiamas širdies plakimas<br><input type="checkbox"/> Drebulys<br><input type="checkbox"/> Galvos skausmas<br><input type="checkbox"/> Galvos svaigimas<br><input type="checkbox"/> Nenustygimas<br><input type="checkbox"/> Nervingumas<br><input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite): _____ |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Centre mokiniui reikalingų vartoti vaistų sąrašas**

| Vaisto pavadinimas | Laikymo sąlygos (tamsi vieta, temperatūrinis režimas ir kt.) | Dozė | Vartojimo būdas | Vartojimo laikas/dažnis | Vaisto naudojimo administravimas |
|--------------------|--------------------------------------------------------------|------|-----------------|-------------------------|----------------------------------|
|                    |                                                              |      |                 |                         |                                  |
|                    |                                                              |      |                 |                         |                                  |
|                    |                                                              |      |                 |                         |                                  |

*Skiltyje „Vaisto naudojimo administravimas“ nurodoma ar mokinys pats savarankiškai suvartoja vaistą, ar suduos tėvai (globėjai, rūpintojai) atvykę į Centrą, ar reikalinga pagalba vaistą mokiniui paduoti, stebėti kaip suvartoja arba suduoti; kuriuo laiku reikalinga vaistą mokiniui paduoti ir kt.*

**6.3. KITŲ MEDICININIŲ PROCEDŪRŲ ATLIKIMAS CENTRE**

**(šią dalį pildyti jei reikalinga mokiniui atlikti kitas medicinines procedūras Centre)**

*Sergant tam tikromis lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis gali prireikti ne tik vartoti vaistus, bet ir atlikti kitas medicinines procedūras kaip gliukozės kiekio kraujyje matavimus ir kita.*

**Centre atliekamų kitų medicininių procedūrų sąrašas**

| Procedūros pavadinimas | Naudojama medicinos pagalbos priemonė (pavadinimas, laikymo sąlygos) | Procedūros atlikimo administravimas |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
|                        |                                                                      |                                     |
|                        |                                                                      |                                     |
|                        |                                                                      |                                     |

*Skiltyje „Procedūros atlikimo administravimas“ nurodoma ar mokinys pats savarankiškai atliks procedūrą, ar tai padarys tėvai (globėjai, rūpintojai) atvykę į Centrą, ar reikalinga pagalba mokiniui paduoti Centre laikomas medicinos pagalbos priemones, stebėti kaip procedūrą atlieka arba ją jam atlikti; kuriuo laiku reikia procedūrą atlikti ir kt.*

**SVARBU.** Vadovaujantis Centro pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo, jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarka, mokinio tėvai (globėjai,

rūpintojai) privalo atnešti tinkamos kokybės ir atitinkamai pažymėtus vaistus ir (ar) kitas medicinos pagalbos priemones:

1. paskirtas mokinių gydančio gydytojo;
2. originalioje pakuotėje su informaciniu lapeliu apie paskirtį, sudėtį, vartojimo būdą, dažnumą, indikacijas ir kontraindikacijas, šalutinį poveikį;
3. ant pakuotės yra aiškiai užrašytas mokinio, kuriam gydytojo paskirti vaistai ir (ar) kitos medicinos pagalbos priemonės, vardas, pavardė, klasės numeris/grupės pavadinimas;
4. nepažeista vaisto vidinė pakuotė ir nesugadintos kitos medicinos pagalbos priemonės (pvz., neišsilieję skysčiai, nesutrūkinėjusios tabletės, nėra duženų ir kt.);
5. tinkamo galiojimo termino.

Gydytojui paskyrus mokiniui naujus vaistus ir (ar) kitas medicinos pagalbos priemones, šie vaistai ir (ar) kitos medicinos pagalbos priemonės turi būti pirmą kartą panaudotos mokiniui esant namuose su tėvų (globėjų, rūpintojų) priežiūra, įsitikinti ar vaistai toleruojami, ar saugu naudoti medicinos pagalbos priemonę – tinkami ligos gydymui ir kontrolei. Ši sąlyga netaikoma gydytojo skiriamais vaistams atlikti skubiąją medicinos pagalbą esant gyvybei pavojingoms būklėms.

## **7. GALINČIOS PASIREIKŠTI LĖTINĖS NEINFEKCINĖS LIGOS PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMŲ JOMS IŠTIKUS**

(šią dalį pildyti jei mokiniui mokymosi proceso metu Centre gali pasireikšti lėtinės neinfekcinės ligos paūmėjimo būklės, kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba)

(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))

Kokie yra būdingi lėtinės neinfekcinės ligos paūmėjimo simptomai jūsų vaikui?

Kas išprovokuoja ligos paūmėjimą jūsų vaikui?

*Pažymėkite:*

- ☐ Trauma, skausmas
- ☐ Infekcinė liga, ypač su aukšta temperatūra
- ☐ Praleisti valgymai
- ☐ Vaistai
- ☐ Užsitęsęs fizinis krūvis
- ☐ Stresas
- ☐ Oro sąlygos
- ☐ Alergenai (išvardinkite): \_\_\_\_\_
- ☐ Kita (išvardinkite): \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?</p>                                                                                                                                                      | <p><i>Pateikite konkrečius reikalingos pagalbos veiksmus, jų seką (pvz.: įvertinti paūmėjimo sunkumą, priežastis (jei įmanoma – priežastis pašalinti), suteikti pirmąją pagalbą, būtinų vaistų ir kitų medicininių procedūrų atlikimas, ar reikalinga darbuotojų pagalba ir kokia vartojant vaistus ir atliekant kitas medicinines procedūras, mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų) informavimas apie būklę ir (ar) poreikį atvykti pasiimti ir kita):</i></p> |
| <p><b>8. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA</b><br/> <b>(šią dalį pildyti jei bus reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Centre)</b><br/> <i>(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))</i></p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Kokias mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės gali tekti taikyti?</p>                                                                                                                   | <p><i>Aprašykite sveikatos būklės stebėjimo priemones (pvz., paklausti ar gerai jaučiasi, gliukozės kiekio kraujyje kontrolė ir kita):</i></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <p>Kada taikyti mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonę?</p>                                                                                                                                 | <p> <input type="checkbox"/> Prieš valgį;<br/> <input type="checkbox"/> Fizinio ugdymo veiklų metu;<br/> <input type="checkbox"/> Pertraukų metu;<br/> <input type="checkbox"/> Kai vaikas jaučiasi blogai;<br/> <input type="checkbox"/> Stresinėse situacijose;<br/> <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite): _____ </p>                                                                                                                             |
| <p>Ar tam reikia kokių nors medicinos pagalbos priemonių?</p>                                                                                                                                    | <p> <input type="checkbox"/> Gliukomatis, adatėlės;<br/> <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite): _____ </p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p><b>9. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ CENTRE METU</b><br/> <b>(šią dalį pildyti jei bus reikalinga pagalba mokiniui valgymų Centre metu)</b><br/> <i>(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))</i></p>    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>Nurodykite pagalbos priemones:</p>                                                                                                                                                            | <p> <input type="checkbox"/> Pagal gydytojo rekomendacijas pritaikytas maitinimas;<br/> <input type="checkbox"/> Tiekti vaikui valgyti gydytojo rekomendacijose nurodytu periodiškumu;<br/> <input type="checkbox"/> Kita (nurodykite): _____ </p>                                                                                                                                                                                                          |
| <p><b>10. FIZINIS AKTYVUMAS</b><br/> <b>(šią dalį pildyti jei bus reikalinga pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu (prieš/per/po fizinio</b></p>                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ugdymo veiklų ir pertraukų metu)</b><br><i>(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))</i>                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Nurodykite pagalbos priemones:                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Pasiūlyti atlikti medicininę procedūrą ir ( <i>nurodykite kokią (pvz., pasimatuoti ar pamatuoti gliukozės kiekį kraujyje, padėti įsivertinti matavimų rezultatus):</i> _____;<br><input type="checkbox"/> Esant būtinybei pasiūlyti užkąsti iš namų atsineštu maistu;<br><input type="checkbox"/> Esant būtinybei neleisti dalyvauti fizinio ugdymo veiklose arba jas nutraukti ir leisti pailsėti;<br><input type="checkbox"/> Esant tam tikroms oro sąlygoms, žydėjimams neleisti eiti į lauką pertraukų metu;<br><input type="checkbox"/> Esant būtinybei gali prireikti vartoti vaistus ( <i>nurodykite ar reikia pasiūlyti susirasti, paduoti vartoti arba suduoti vaistą mokiniui ir koki):</i> _____;<br><input type="checkbox"/> Priminti užsidėti apsauginius akinius prieš veiklą baseine ir po veiklos baseine nusiprausti;<br><input type="checkbox"/> Kita ( <i>nurodykite):</i> _____ |
| <b>11. POVEIKIS MOKINIO MOKYMUISI, UGDYMO, SOCIALINIAI IR PSICHOLOGINIAI POREIKIAI</b><br><b>(šią dalį pildyti jei mokinio sveikatos būklė gali turėti įtakos jo mokymuisi)</b><br><i>(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))</i> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Kaip mokinio sveikatos būklė gali paveikti jo mokymąsi?                                                                                                                                                                        | <i>Išvardinkite (pvz.: negali susikaupti, dėmesio stoka, mieguistumas, galvos skausmas ir pan.):</i> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Nurodykite ugdymo, socialinius ir psichologinius poreikius:                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu ( <i>leisti išeiti iš klasės);</i><br><input type="checkbox"/> Mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės ( <i>leisti nedalyvauti veikloje, pailsėti);</i><br><input type="checkbox"/> Reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba ( <i>pasiūlyti nueiti ar nuvesti pas Centro psichologą ar kitą švietimo pagalbos specialistą);</i><br><input type="checkbox"/> Reikalinga papildoma pagalba ugdymuisi ( <i>nurodykite kokia: ar skirti mokytojo padėjėjų, ar suteikti daugiau laiko užduočių atlikimui, ar užduoti mažiau namų darbų ir kt. ): </i> _____<br><input type="checkbox"/> Kita ( <i>nurodykite):</i> _____                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>12. CENTRO FIZINĖ APLINKA</b><br><b>(šią dalį pildyti jei mokinio sveikatos būklei gali turėti įtakos Centro fizinė aplinka)</b><br><i>(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))</i>                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Kokie Centro fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį mokinio sveikatos būklei?                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> patalynė, kurioje gali būti dulkių erkių alergenų;<br><input type="checkbox"/> Centre naudojami higienos reikmenys;<br><input type="checkbox"/> oro tarša: pvz.: patalpose vykdomas remontas, naudojami aerozoliai;<br><input type="checkbox"/> kita ( <i>įrašykite):</i> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Kokių veiksmų reikėtų                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> naudoti vaiko miegui patalynę, jos užvalkalus, rankšluosčius, kurie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| imtis Centrai, siekiant sumažinti galimą neigiamą Centro aplinkos veiksnių poveikį mokinio sveikatos būklei? | nebūtų pagaminti iš alergizuojančių medžiagų ( <i>nurodykite kokių</i> ) _____;<br><input type="checkbox"/> reguliariai skalbti vaiko miegui naudojamą patalynę (jei galima ją skalbti), jos užvalkalus ir rankšluosčius nenaudojant alergizuojančias skalbimo priemones (;<br><input type="checkbox"/> pirkti mokinių naudojimui higienos priemones (tualetinį popierių, prausiklį ir kt.) be kvapiklių, dažiklių;<br><input type="checkbox"/> vėdinti patalpas, remontuoti patalpas vaikų atostogų metu;<br><input type="checkbox"/> kita ( <i>įrašykite</i> ): _____ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 13. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ CENTRO RIBŲ

(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))

|                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nurodykite kokie pagalbos veiksmai turi būti teikiami mokiniui blogai jaučiantis ir (ar) paprašius pagalbos? |  |
| Kas bus atsakingas už vaistų ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių priežiūrą, pagalbos veiksmų teikimą?  |  |

### 14. CENTRO DARBUOTOJŲ MOKYMAI

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

(pildo Centro direktoriaus įgaliotas atstovas)

|                                                 |  |
|-------------------------------------------------|--|
| Reikalingi mokymai:                             |  |
| Centro darbuotojai, kuriems reikalingi mokymai: |  |

#### Mokymuose dalyvavę Centro darbuotojai

| <i>Mokymų data</i> | <i>Darbuotojo vardas ir pavardė</i> | <i>Darbuotojo parašas</i> |
|--------------------|-------------------------------------|---------------------------|
|                    |                                     |                           |
|                    |                                     |                           |
|                    |                                     |                           |

### 15. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS

(pildo tėvai (globėjai, rūpintojai))

|                                             |  |
|---------------------------------------------|--|
| Atliekos:                                   |  |
| Atliekų laikymo tara ir vieta:              |  |
| Atliekų šalinimo periodiškumas, diena(-os): |  |

### 16. ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI ORGANIZAVIME, SUTIKIMAI

**TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ)  
SUTIKIMAS**

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

Aš **sutinku**, kad:

- ☐ Centras mano vaikui reikalingus vartoti vaistus ir (ar) kitas medicinos pagalbos priemones naudoti Centre administruotų pagal Centro pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarką.
- ☐ Centras bus atsakinga už vaistų ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių išdavimą vaiko vartojimui ir naudojimui šiame PLANE nurodytais vaistų vartojimo ir (ar) kitų medicininių procedūrų atlikimo aprašymais, taip pat ir teikiant pagalbą ligos paūmėjimo atvejais, kaip tai yra nurodyta šiame PLANE.
- ☐ Aš sutinku, kad mano vaikas Centre su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir (ar) kitas medicinos pagalbos priemones bei būtų atsakingas už jų vartojimą/naudojimą, kai tai yra reikalinga.
- ☐ Aš esu susipažinęs su man patektu Centro Pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo, jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarka.

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

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė)

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Data)

**CENTRO DIREKTORIAUS ĮGALIOTO ATSTOVO  
SUTIKIMAS**

Aš Centro vardu **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos mokinio savirūpai organizavimo priemonėmis, įskaitant ir mokiniui gydytojo paskirtų vaistų vartojimą ir (ar) kitų medicinos pagalbos priemonių naudojimą, ir **esu atsakingas** už tai, kad Centras 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 ir esant reikalui jį pakoreguoti.

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

\_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė, pareigos)

\_\_\_\_\_  
(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Data)

**VISUOMENĖS SVEIKATOS SPECIALISTO,  
VYKdančio SVEIKATOS PRIEŽIŪRĄ CENTRE,  
SUTIKIMAS**

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

1.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2.<br>3. ....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                               |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="width: 30%; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>(Vardas, pavardė)</span> <span>(Parašas)</span> <span>(Data)</span> </div> |                                                                                                                               |
| <b>KITŲ CENTRO DARBUOTOJŲ,<br/>         ATSAKINGŲ UŽ PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI TEIKIMĄ,<br/>         SUTIKIMAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                               |
| Darbuotojo vardas, pavardė,<br>pareigos, parašas, data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Aš <b>sutinku</b> atlikti šiuos, PLANE nurodytus, veiksmus mano<br>darbo Centre grafike nustatytu darbo laiku (išvardinkite): |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |
| <b>17. PRIE PLANO PRIDEDAMŲ DOKUMENTŲ SĄRAŠAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                               |
| 1. _____<br>2. _____<br>3. _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                               |

\_\_\_\_\_

Pagalbos mokinio savirūpai  
pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo,  
jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos  
3 priedas

## INDIVIDUALAUS PAGALBOS MOKINIO SAVIRŪPAI, KAI MOKINYS SERGA CUKRINIŲ DIABETU, TEIKIMO CENTRE PLANAS

Individualus pagalbos mokinio savirūpai, kai mokinys serga cukriniu diabetu, teikimo Centre planas (toliau – PLANAS), yra susitarimas tarp mokinio tėvų (globėjų, rūpintojų), Centro, VS specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Centre, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos mokinio, sergančio cukriniu diabetu, savirūpai Centre poreikiai ir reikiama pagalba mokinio savirūpai mokymosi proceso metu.

| 1. MOKINIO DUOMENYS          |                    |  |
|------------------------------|--------------------|--|
| mokinio nuotrauka            | Vardas ir pavardė: |  |
|                              | Gimimo data:       |  |
|                              | Amžius:            |  |
|                              | Mokykla:           |  |
|                              | Grupė/klasė:       |  |
| Centro 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          |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|
| <b>Pirmas kontaktas –</b><br>Vardas ir pavardė: |  |  |
| Giminystės ryšys:                               |  |  |
| Telefono numeris:                               |  |  |
|                                                 |  |  |
| Elektroninio pašto adresas:                     |  |  |

|                                                 |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|
| <b>Antras kontaktas –</b><br>Vardas ir pavardė: |  |  |
| Giminystės ryšys:                               |  |  |
| Telefono numeris:                               |  |  |
|                                                 |  |  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Elektroninio pašto<br>adresas: |  |
|--------------------------------|--|

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

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

| 4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ |         |          |
|-------------------------------------------------|---------|----------|
| Diabeto tipas<br>(pažymėkite)                   | I tipas | II tipas |
| Diabeto gydymas                                 |         |          |

|                                                                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Sveikatos būklės apibūdinimas:</b><br>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus: |  |
| <b>Alergijos</b><br>(išvardinkite):                                                                                                          |  |

5. VAISTŲ VARTOJIMAS Centras turi būti nedelsiant informuojama apie visus šio vaiko gydymo pokyčius.

#### 5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ CENTRO RIBŲ

|                                                                                          |                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jūsų vaikas serga cukriniu diabetu ir gydomas (tinkamą (-us) variantą (-us) pažymėkite): | <input type="checkbox"/> Insulino injekcijomis kiekvieno valgymo metu – insulino pompa              |
|                                                                                          | <input type="checkbox"/> Insulino injekcijomis – insulino pompa                                     |
|                                                                                          | <input type="checkbox"/> Keliomis insulino injekcijomis per dieną (injekcijos Centre nereikalingos) |
|                                                                                          | <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite):                                                       |
| Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Centre?                                    | <input type="checkbox"/> Taip<br><input type="checkbox"/> Ne                                        |
| <b>Jeigu taip</b> , 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)

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gliukozės kiekio kraujyje tyrimą turi atlikti tik apmokytas suaugęs asmuo                |
| <input type="checkbox"/> Mokinys savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (reikia tik stebėti) |
| <input type="checkbox"/> Mokinys savarankiškai gali atlikti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą (stebėti nereikia)   |

|                |  |
|----------------|--|
| <b>Svarbu.</b> |  |
|----------------|--|

|                                                                                                                                                 |                                                    |                          |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <b>5.3. VAISTŲ VARTOJIMAS CENTRE</b>                                                                                                            |                                                    |                          |                                  |
| Ar reikalinga mokiniui vartoti Centre insuliną?                                                                                                 | Taip                                               | <input type="checkbox"/> |                                  |
|                                                                                                                                                 | Ne                                                 | <input type="checkbox"/> |                                  |
|                                                                                                                                                 | Vaistų šalutinis poveikis, kuris gali pasireikšti: |                          |                                  |
| <b>Jeigu taip</b> , taip pat užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie vaistų vartojimo dozę, laiką, vartojimo būdą ir naudojimo administravimą. |                                                    |                          |                                  |
| <input type="checkbox"/> Insulinas suleidžiamas švirkštikliu (penu) <input type="checkbox"/> Insulinas suleidžiamas pompa                       |                                                    |                          |                                  |
| Insulino pavadinimas                                                                                                                            | Dozė                                               | Suleidimo laikas         | Vaisto naudojimo administravimas |
|                                                                                                                                                 |                                                    |                          |                                  |

|                                                                                                                                                                    |      |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|
| <b>Insulinas turi būti laikomas</b><br>.....<br>..... GALINČIOS PASIREIKŠTI ČUKRINIO DIABETO PAŪMĖJIMO BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS                    |      |                          |
| Ar gali mokiniui mokymosi proceso metu Centre 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.

| <b>HIPOGLIKEMIJA</b> (būklė kai gliukozės kiekis kraujyje mažiau nei 4 mmol/l) |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kokie yra hipoglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?                        |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Kas išprovokuoja hipoglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite)                       | <input type="checkbox"/> Praleisti valgymai arba nesuvalgytas reikiamas valgio kiekis, kuriam buvo suleistas insulinas.<br><input type="checkbox"/> Fizinė veikla, pradėta esant žemesniam gliukozės kiekiui kraujyje nei 6 mmol/l.<br><input type="checkbox"/> Vėmimas |
| Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Kokia tolimesnių veiksmų seka?                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                         |

**HIPERGLIKEMIJA** (būklė kai gliukozės kiekis kraujyje daugiau nei 14 mmol/l)

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Kas išprovokuoja hiperglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite) | <input type="checkbox"/> Insulino deficitas, dėl netinkamai parinktos insulino dozės valgiui, nesilaikius insulino leidimo nurodymų (pvz., pradėta valgyti anksčiau nei galima, suvalgytas didesnis kiekis maisto nei suleista insulino)<br><input type="checkbox"/> Insulino deficitas, dėl insulino pompos gedimo (kateterio mechaninio suspaudimo, atsijungimo, nepastebėto adatos iškritimo). |
| Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Kokia tolimesnių veiksmų seka?                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

**7. MOKINIO SVEIKATOS BŪKLĖS STEBĖSENA**

|                                                          |      |                          |
|----------------------------------------------------------|------|--------------------------|
| Ar reikalinga mokinio sveikatos būklės stebėseną Centre? | Taip | <input type="checkbox"/> |
|                                                          | Ne   | <input type="checkbox"/> |

**Jeigu taip**, užpildykite žemiau pateiktą lentelę kiekvienai taikytinai mokinio būklės stebėsenos priemonėi atskirai, aprašydami taikymo laiką, būdą.

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

**8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ CENTRE METU**

|                                                     |      |                          |
|-----------------------------------------------------|------|--------------------------|
| Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Centre 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?       |  |
| Kada ir kaip ji turi būti teikiama? |  |

#### 9. FIZINIS AKTYVUMAS

|                                                                                |      |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|
| Ar reikalingi kokie nors specialiosios pagalbos mokinio fizinio aktyvumo metu? | Taip | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                | Ne   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Jeigu taip</b> 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"/><br>Ne <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės?            | Taip <input type="checkbox"/><br>Ne <input type="checkbox"/> |
| Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba?              | Taip <input type="checkbox"/><br>Ne <input type="checkbox"/> |
| Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga?                         |                                                              |

#### 11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ CENTRO 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 Centro ribų metu? |  |

## 12. CENTRO PERSONALO MOKYMAS

Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvausiantys Centro 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. ATLIEKU, SUSIDARANČIU ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPA,

|                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Kokios atliekos gali susidaryti                                                                       |  |
| Atliekų laikymo tara ir vieta                                                                         |  |
| Atliekų šalinimo periodiškumas                                                                        |  |
| Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Centro, įsipareigodami jas saugiai pašalinti |  |

## SUTIKIMAS

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

Aš sutinku, kad:

☐ Centras mano vaikui reikalingus vartoti Centre vaistus administruotų Centro pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos apraše nustatyta tvarka.

☐ Centras 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 Centre su savimi gali turėti gydytojo paskirtus vaistus ir būtų atsakingas už jų vartojimą, kai tai yra reikalinga.

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

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

| Centro vadovo paskirto darbuotojo parašas |  |
|-------------------------------------------|--|
| Vardas ir pavardė:                        |  |
| Pareigos:                                 |  |
| Parašas:                                  |  |

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

- 1.
- 2.
- 3.

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

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS  
(jeigu pridedama):

1. \_\_\_\_\_, X lapų.

2. \_\_\_\_\_, X lapu.
3. \_\_\_\_\_, X lapu.

Pagalbos mokinio savirūpai  
pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo,  
jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos  
4 priedas

---

(Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė)

---

---

(Gyvenamosios vietos adresas, tel. Nr., el. pašto adresas)

Marijampolės „Žiburėlio“ mokyklos-  
Daugiafunkcio centro direktoriui

**ATSISAKYMAS  
ORGANIZUOTI PAGALBĄ MOKINIO SAVIRŪPAI**

20\_\_ m. \_\_\_\_\_ mėn. \_\_ d.  
Marijampolė

Atsisakau, kad būtų organizuojama pagalba mokinio savirūpai mano  
dukrai/sūnui/globotinei(-iui) \_\_\_\_\_  
(Vardas, pavardė, klasė)

klasės mokinei(-iui), kuri(-is) serga lėtine neinfekcine liga. Esu informuotas(-a) apie galimybę  
organizuoti pagalbą mokinio savirūpai pagal individualų pagalbos mokinio savirūpai teikimo Centre  
planą.

(Parašas)

\_\_\_\_\_  
(Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė)

---

Pagalbos mokinio savirūpai  
pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo,  
jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine liga, tvarkos  
5 priedas

**MARIJAMPOLĖS „ŽIBURĖLIO“ MOKYKLA-DAUGIAFUNKCIS CENTRAS**

**VAISTŲ VARTOJIMO IR KITŲ PROCEDŪRŲ ATLIKIMO CENTRE  
APSKAITOS REGISTRAS**

| <b>Nr.</b> | <b>Mokino vardas,<br/>pavardė,<br/>klasė/grupė</b> | <b>Data<br/>ir<br/>laikas<sup>1</sup></b> | <b>Vaistų vartojimo ir<br/>kitų procedūrų<br/>atlikimo trumpas<br/>aprašymas<sup>2</sup></b> | <b>Pastabos<sup>3</sup></b> | <b>Darbuotojo,<br/>suteikusio<br/>pagalbą,<br/>vardas,<br/>pavardė,<br/>pareigos,<br/>parašas</b> |
|------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b>   | <b>2</b>                                           | <b>3</b>                                  | <b>4</b>                                                                                     | <b>5</b>                    | <b>6</b>                                                                                          |
| 1.         |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 2.         |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 3.         |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 4.         |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 5.         |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 6.         |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 7.         |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 8.         |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 9.         |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 10.        |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 11.        |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 12.        |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |
| 13.        |                                                    |                                           |                                                                                              |                             |                                                                                                   |

Paaškinimai:

<sup>1</sup> Nurodoma vaistų vartojimo ir kitų procedūrų atlikimo data ir laikas

<sup>2</sup> Vaistų vartojimo ir kitų procedūrų atlikimo trumpame aprašyme nurodoma vaisto/procedūros pavadinimas, vaisto dozė, vartojimo būdas, ar vaistas suvartotas/nesuvartotas, ar procedūra atlikta/neatlikta, matavimų duomenys ir kt.

<sup>3</sup> Pastabose nurodoma pastebėtos šalutinės reakcijos, tėvų (globėjų, rūpintojų) vaistų ir kitų medicinos pagalbos priemonių papildymas/grąžinimas ir kt.