

INDIVIDUALUS PAGALBOS UGDYTINIO SAVIRŪPAI, KAI UGDYTINIS SERGA CUKRINIŲ DIABETU, TEIKIMO UGDYMO ĮSTAIGOJE PLANAS

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

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

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

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

3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ MOKYKLOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA		
Mokyklos visuomenės sveikatos specialistas:	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:
	Darbo grafikas Mokykloje:	
	Sveikatos kabineto vieta Mokykloje:	pvz.: 1 aukštas, 107 kab.
Grupės/ klasės auklėtojas (-ai):	Vardas ir pavardė:	
	Kontaktinė informacija:	Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:
	Darbo grafikas Mokykloje:	
Kiti svarbūs asmenys:
...	...	

4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ	
Diabeto tipas (pažymėkite)	<input type="checkbox"/> I tipas <input type="checkbox"/> II tipas
Sveikatos būklės apibūdinimas: Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:	Išvardinkite Jūsų vaikui būdingus simptomus, pvz.: didelis nuovargis, negalėjimas susikaupti, bendras silpnumas, pykinimas, mirgėjimas akyse, mieguistumas ir pan.
Alergijos (išvardinkite):	Jei mokinys yra kam nors alergiškas, nurodykite kam, pvz.: <input type="checkbox"/> Pieno produktams <input type="checkbox"/> Kiaušiniui <input type="checkbox"/> Lateksui <input type="checkbox"/> Kita:

5. VAISTŲ VARTOJIMAS

Mokykla turi būti nedelsiant informuojama apie visus šio vaiko gydymo pokyčius.

5.1. VAISTŲ VARTOJIMAS UŽ MOKYKLOS RIBŲ

Jūsų vaikas serga cukriniu diabetu ir gydomas (tinkamą (- us) variantą (- us) pažymėkite):	<input type="checkbox"/> Insulino injekcijomis kiekvieno valgymo metu <input type="checkbox"/> Insulino injekcijomis – pompa <input type="checkbox"/> Keliomis insulino injekcijomis per dieną (injekcijos mokykloje nereikalingos) <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite):
Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis Mokykloje?	<input type="checkbox"/> Taip <input type="checkbox"/> Ne
Jeigu taip , koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	<input type="checkbox"/> Hipoglikemija. <input type="checkbox"/> Injekcijos vietose gali atsirasti tokios reakcijos kaip skausmas, paraudimas, dilgėlinė, tinimas ir niežėjimas. <input type="checkbox"/> Alerginės reakcijos: dilgėlinė, liežuvio ir lūpų tinimas, viduriavimas, pykinimas, nuovargis. <input type="checkbox"/> Kita(įrašykite) _____

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)	
Svarbu.	Įvardinkite, kas yra svarbu matuojant gliukozės kiekį kraujyje ir kt., pvz.: <input type="checkbox"/> Gliukozės kiekio kraujyje tyrimas turėtų būti atliktas saugioje, švarioje, privačioje aplinkoje (pvz.: klasėje, sveikatos kabinete.). <input type="checkbox"/> Patalpoje turi būti priemonės rankų plovimui, prieš kiekvieną tyrimą būtina nusiplauti rankas. <input type="checkbox"/> Gliukozės kiekis kraujyje turi būti nuo 5-8 mmol / l nevalgius iki 5-10 mmol / l po valgio. <input type="checkbox"/> Gliukozės kraujyje matavimo priemonės turėtų būti aiškiai paženklintos vaiko vardu ir laikomos vadovaujantis Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka. <input type="checkbox"/> Kita _____ _____ <input type="checkbox"/>

5.3. VAISTŲ VARTOJIMAS MOKYKLOJE

Ar reikalinga mokiniui vartoti Mokykloje insuliną?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
	Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?	

Jeigu taip, taip pat užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie vaistų vartojimo dozę, laiką, vartojimo būdą ir naudojimo administravimą.

- Insulinas suleidžiamas švirkštikliu (penu)
- Insulinas suleidžiamas pompa

Insulino pavadinimas	Dozė	Suleidimo laikas	Vaisto naudojimo administravimas
			<p>Išsamiai aprašykite kaip administruojamas vaisto naudojimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Insulinas turėtų būti aiškiai paženklintas vaiko vardu ir laikomas vadovaujantis Mokyklos pagalbos mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas užtikrinimo (vaistų laikymo, išdavimo, naudojimo ir kt.), jei mokinys serga lėtine neinfekcine liga tvarka. <input type="checkbox"/> Insuliną vaikui leidžia tėtis/mama ARBA Insuliną susileidžia pats vaikas, reikalinga jį išduoti vaikui kiekvieną darbo dieną ____ val. <input type="checkbox"/> Kita _____ <input type="checkbox"/> _____

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

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

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

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

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

Kokie yra hipoglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?	
Kas išprovokuoja hipoglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite)	<input type="checkbox"/> trauma, skausmas <input type="checkbox"/> infekcinė liga, ypač su aukšta temperatūra <input type="checkbox"/> vėmimas <input type="checkbox"/> praleisti valgymai <input type="checkbox"/> užsitęsęs fizinis krūvis <input type="checkbox"/> didelis emocinis stresas <input type="checkbox"/> kita (išvardinkite):
Kokių pagalbos veikslių reikia imtis?	Lengva/vidutinė hipoglikemija Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai: <input type="checkbox"/> mokinys pagalbą gali suteikti sau pats, <input type="checkbox"/> reikalinga priežiūra, nedidelė pagalba: 1 Žingsnis. Nedelsiant duoti greitai veikiančios gliukozės ir ilgai veikiančių angliavandenių; 2 Žingsnis. Po 15 min. kartoti gliukozės kiekio kraujyje tyrimą; 3 Žingsnis. Jei gliukozės kiekis kraujyje išlieka mažesnis nei 5,6mmol/l—kartoti 1 Žingsnį. Jei gliukozės kiekis virš 5,6mmol/l – daryti 4 Žingsnį. 4 Žingsnis. Kai kuriems vaikams reikalingas papildomas pavalgymas. Sunki hipoglikemija Atliekami šie individualūs pagalbos veiksmai: 1 Žingsnis. Vaiką paguldyti į saugią padėtį (ant šono), kad liežuvis neužblokuotų kvėpavimo takų. 2 Žingsnis. Skubiai kviečiame GMP (skambinama telefonu 112) – pranešama, kad mokinys prarado sąmonę ir serga CD. Nepalikite mokinio vieno. 3 Žingsnis. Susisieki su mokinio tėvais.
Kokia tolimesnių veikslių seka?	Pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.

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

Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?	
--	--

<p>Kas išprovokuoja hiperglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> insulino deficitas, dėl neadekvačios insulino terapijos (nesusileidus insulino 12–24 valandas, taip pat tada, kai staiga padidėja insulino poreikis. <input type="checkbox"/> insulino deficitas, dėl insulino pompos gedimo (kateterio mechaninio suspaudimo, atsijungimo, nepastebėto adatos iškritimo); <input type="checkbox"/> ūminės infekcijos, padidinančios insulino poreikį (pneumonija, šlapimo takų infekcija, gastroenteritas ir kitos); <input type="checkbox"/> ūmios sunkios kitų organų ligos, traumos <input type="checkbox"/> vaistai <input type="checkbox"/> Kita (išvardinkite): _____ _____ _____
<p>Kokių pagalbos veikslių reikia imtis? (papildykite, koreguokite jei reikia)</p>	<p>Jei gliukozės kiekis kraujyje viršija mmol/l., kai nėra jokių kitų simptomų:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Duoti gerti daug skysčių. Geriausia tinka negazuotas mineralinis vanduo (galima gerti ir silpnai gazuotą vandenį). <input type="checkbox"/> Leiskite mokiniui laisvai išeiti į tualetą. <input type="checkbox"/> Ribokite mokiniui fizinį krūvį. <input type="checkbox"/> Kita _____ _____ <p>Jei vis tiek viršija mmol/l.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kreiptis į tėvus, mokiniui gali prireikti ypač greito veikimo insulino. <p>Jei mažiau nei mmol/l:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kartoti gliukozės kraujyje tyrimą prieš kitą valgį. <input type="checkbox"/> Radus padidėjusį gliukozės kiekį kraujyje, kai vaikas pradeda vemti, giliai alsuoti, pasidaro vangus, netenka sąmonės būtina: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nedelsiant kviešti GMP. <input type="checkbox"/> Vykdyti GMP nurodymus <input type="checkbox"/> Informuoti tėvus/ globėjus. <input type="checkbox"/> ...
<p>Kokia tolimesnių veikslių seka?</p>	<p>Pvz.: tyrimai, poilsis ir pan.</p>

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

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

Kokios mokinio sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Mokykloje?	Pvz.: Gliukozės kiekio kraujyje kontrolė
Kada jas reikia taikyti?	<input type="checkbox"/> Prieš valgį; <input type="checkbox"/> Prieš kūno kultūros pamokas; <input type="checkbox"/> Kai vaikas jaučiasi blogai;
Ar tam reikia kokios nors įrangos (priedaisų)?	<input type="checkbox"/> Gliukomatis, adatėlės, <input type="checkbox"/> Kita (įrašykite):

8. PAGALBA MOKINIUI VALGYMŲ MOKYKLOJE METU		
Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Mokykloje 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?	Pvz.: pagal gydytojo rekomendacijas (pridedama) sudaromas individualus mitybos planas
Kada ir kaip ji turi būti teikiama?	Pvz.: tiekti vaikui valgyti gydytojo rekomendacijose nurodytu periodiškumu (pridedama)

9. FIZINIS AKTYVUMAS		
Ar reikalingi kokie nors specialieji pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>

Jeigu taip išvardinkite:	<input type="checkbox"/> prieš fizinio ugdymo pamokas vaikas turi pasimatuoti gliukozės kiekį kraujyje. Priminkite vaikui tai padaryti prieš kiekvieną fizinio ugdymo pamoką. <input type="checkbox"/> Pasiteiraukite vaiko, kokį cukraus kiekį kraujyje rodo gliukomatis: <input type="checkbox"/> jei šis rodiklis mažesnis nei mmol/l, būtina prieš fizinio ugdymo pamoką užkąsti iš namų atsineštą užkandį <input type="checkbox"/> jei gliukozės koncentracija didesnė nei mmol/l, mankštintis draudžiama
---------------------------------	---

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)	Pvz.: negali susikaupti, dėmesio stoka, mieguistumas ir pan.	
Ar mokiniui gali būti poreikis išeiti iš klasės pamokos metu?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
Ar mokiniui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
Ar mokiniui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>
Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga?	nurodykite	

11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ	
Kokia pagalba (gali būti) reikalinga?	<input type="checkbox"/> Prižiūrėti, ką vaikas valgo, geria. <input type="checkbox"/> Sekti gliukozės kiekį kraujyje prieš valgi <input type="checkbox"/> Organizuoti išvyką taip, kad būtų užtikrintas reguliarus savalaikis maitinimas. <input type="checkbox"/> Kita

Kada reikia suteikti pagalbą?	<input type="checkbox"/> kai pasireiškia hipoglikemija/ hiperglikemija, <input type="checkbox"/> vaikas jaučiasi blogai, arba prašo pagalbos. <input type="checkbox"/> Kita _____
Kas prižiūrės vaistus ir įrangą (priemones)?	
Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už Mokyklos ribų metu?	

12. MOKYKLOS PERSONALO MOKYMAS

Mokinio savirūpos organizavimo procese dalyvaujantys Mokyklos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą mokiniui, sergančio lėtine neinfekcine liga, savirūpai

Kokie mokymai yra reikalingi?	
Kas turi būti apmokyti?	
Mokymuose dalyvavusių asmenų vardas ir pavardė	Mokymų data: Parašas:

13. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT MOKINIUI SAVIRŪPA, ŠALINIMAS

Kokios atliekos gali susidaryti	<input type="checkbox"/> panaudoti švirkštai <input type="checkbox"/> juostelės <input type="checkbox"/> vaistų pakuotės <input type="checkbox"/> Kita (įrašykite) _____ _____
Atliekų laikymo tara ir vieta	<input type="checkbox"/> Specialus konteineris ar sandariai uždaroma plastikinė dėžutė ar kita tara laikomi Sveikatos kabinete. <input type="checkbox"/> Atliekų laikymo tara Mokyklą aprūpina tėvai (globėjai, rūpintojai) <input type="checkbox"/> Atliekų laikymo tara Mokykla aprūpina pati. <input type="checkbox"/> Kita _____
Atliekų šalinimo periodiškumas	Pvz.: kartą per savaitę.

Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš Mokyklos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	Pvz.: Kiekvienas penktadienis, 12 val.
---	--

SUTIKIMAS

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

Aš sutinku, kad:

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

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

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

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

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

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

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

- 1.
- 2.
3.

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

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (jeigu pridedama):

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