PROCEDURA POSTĘPOWANIA

z uczniem przewlekle chorym (np. z anafilaksją, astmą oskrzelową, alergicznym nieżytem nosa, atopowym zapaleniem skóry, pokrzywką, cukrzycą, padaczką i in.) w szkole.

*opracowane dla Szkoły Podstawowej im. Karola Wojtyły w Pieckach*

**SPRAWOWANIE OPIEKI NAD UCZNIEM PRZEWLEKLE CHORYM W SZKOLE:**

1. W celu zapewnienia uczniowi podczas pobytu w szkole odpowiedniej opieki, odżywiania oraz stosowania adekwatnych do rozwoju psychoruchowego sposobów postępowania, rodzic przekazuje dyrektorowi szkoły uznane przez niego za istotne dane o stanie zdrowia, stosowanej diecie i rozwoju psychofizycznym ucznia.
2. Podawanie leków podczas pobytu ucznia przez pracowników szkoły może odbywać się wyłącznie za ich pisemną zgodą oraz na podstawie upoważnienia rodzica/prawnego opiekuna (załącznik nr 1). Osoby wykonujące to zadanie muszą wyrazić zgodę (załącznik nr 2).
3. Przeszkolenie kadry pedagogicznej i pozostałych pracowników szkoły w zakresie postępowania z chorym na co dzień oraz w sytuacjach zaostrzenia objawów czy ataku choroby.
4. Wspólne opracowanie procedury postępowania w stosunku do każdego chorego ucznia, zarówno na co dzień, jak i w przypadku zaostrzenia objawów czy ataku choroby (załącznik nr 3).
5. Wspólnie z nauczycielami i specjalistami zatrudnionymi w szkole dostosowanie formy pracy dydaktycznej, dobór treści i metod oraz organizację nauczania do możliwości psychofizycznych tego ucznia, a także objąć go różnymi formami pomocy psychologiczno – pedagogicznej.
6. W przypadku nasilenia objawów choroby u dziecka podczas pobytu w szkole dyrektor lub nauczyciel niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców/prawnych opiekunów.
7. W stanach nagłych, gdy stan dziecka ulega pogorszeniu i wymagana jest pomoc lekarska nauczyciele zobowiązani są do podjęcia działań przedmedycznych oraz wezwania karetki pogotowani ratunkowego. Jednocześnie obowiązkiem tych osób jest powiadomienie rodziców/prawnych opiekunów o zaistniałej sytuacji.

Załącznik nr 1

**UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODANIA LEKÓW DZIECKU**

**Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ**

.......................................................................................................................

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

upoważniam Panią/Pana .....................................................................................

 (imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

Do podawania leku

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 (nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

Piecki,………………

 …….............................................................

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

Załącznik nr 2

**ZGODA NAUCZYCIELA / PRACOWNIKA SZKOŁY NA PODANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ**

.......................................................................................................................

(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika

wyrażam zgodę na podanie dziecku

……………………………………………………………………………………………………………………...............(imię i nazwisko)

Leku…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………..

 (nazwa leku, dawkowanie, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany o sposobie podania leku/wykonania czynności medycznej.

Piecki,………………

 …….............................................................

 (imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

Załącznik nr 3

**PROCEDURA POSTĘPWANIA Z UCZNIEM PRZEWLEKLE CHORYM**

Opracowana dla………………………..…………………………………………………………..

1. Uczeń choruje na chorobę przewlekłą…………………………………………………….

potwierdzoną przez lekarza…………………………………………………………………………

dnia…………………………..

1. Objawy choroby ucznia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Nakazy związane z przebywaniem ucznia w szkole:

…........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Zakazy związane z przebywaniem ucznia w szkole:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Ograniczenia dla ucznia związane z chorobą:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. W przypadku zaostrzenia objawów choroby lub ataków choroby należy:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. W przypadku zaostrzenia objawów lub ataków choroby nie wolno:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Pierwsza pomoc udzielona uczniowi w szkole polega na:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. W przypadku zaostrzenia objawów lub zagrożenia zdrowia szkoła niezwłocznie informuje i w miarę możliwości wzywa:

Rodzica/prawnego opiekuna: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (Imię, nazwisko, nr telefonu, adres)

Pogotowie ratunkowe- w przypadku, gdy rodzic/ opiekun prawny nie może bezzwłocznie odebrać dziecka ze szkoły w celu udzielenia mu pomocy medycznej.

1. Wszyscy pracownicy szkoły są zobowiązani do bezwzględnego stosowania niniejszej procedury

…………………………………………………………

(podpis rodzica/prawnego opiekuna)

…………………………………………………………

 (podpis dyrektora)