



Szkoła Podstawowa nr 26 im. Rodła w Zabrze

ul. Stanisława Ogórka 9, 41 – 807 Zabrze

PROCEDURA POSTĘPOWANIA Z UCZNIEM PRZEWLEKLE CHORYM

1. Informacja o występowaniu choroby przewlekłej u ucznia, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim lub orzeczeniem, powinna zostać niezwłocznie przekazana przez rodziców ucznia wychowawcy klasy/do sekretariatu Szkoły.
2. Rodzice ucznia powinni przekazać wychowawcy szczegółowe informacje na temat jego choroby: objawach choroby, zagrożeniach zdrowotnych, przyjmowanych lekach i ich wpływie na organizm oraz wynikających z niej ograniczeń w funkcjonowaniu.
3. W odniesieniu do ucznia z chorobą przewlekłą, kiedy występuje konieczność stałego podawania mu leków w Szkole, rodzice dziecka zobowiązani są do przedłożenia informacji jakie leki na zlecenie lekarza zażywa (nazwa leku, sposób dawkowania).
4. Zasady postępowania z dzieckiem przewlekle chorym są opracowywane w sposób zindywidualizowany, dotyczący określonego ucznia. Procedury opracowuje zespół, w którego skład wchodzi: wychowawca, pielęgniarka szkolna, pedagog specjalny lub pedagog szkolny, rodzic ucznia. Zasady te opracowuje się i wprowadza w życie najpóźniej 30 dni od złożenia w szkole informacji o orzeczeniu lub zaświadczeniu lekarskim informującym o chorobie przewlekłej.
5. Zasady postępowania określają:
 - metody reagowania w sytuacji wystąpienia objawów choroby;
 - formy pracy z uczniem dostosowane do specyfiki choroby;
 - formy współpracy z rodzicami ucznia. **Załącznik nr 1**
6. Ustalenia zespołu są przekazywane wszystkim nauczycielom i pracownikom Szkoły, wraz z zobowiązaniem do ich stosowania.
7. Dyrektor Szkoły na podstawie informacji i ustaleń zespołu informuje radę pedagogiczną i pracowników w zakresie postępowania z chorym dzieckiem na co dzień oraz w sytuacji zaostrzenia objawów czy ataku choroby.
8. W sytuacji wystąpienia konieczności podania uczniowi leku, wymagane jest:
 - dołączenie zlecenia lekarskiego;
 - pisemne upoważnienie dla nauczycieli – w sytuacji, gdy stan zdrowia dziecka wymaga podania leku lub wykonania innych czynności (np. kontroli poziomu cukru we krwi)

u dziecka chorego na cukrzycę; podawanie leku drogą wziewną dziecku choremu na astmę). **Załącznik nr 2**

- zgoda nauczyciela na podawanie leku, w przypadku konieczności ustawicznej opieki i reagowania na objawy choroby (np. kontroli poziomu cukru i podania insuliny). **Załącznik nr 3.**

PROCEDURA POSTĘPOWANIA Z UCZNIEM PRZEWLEKLE CHORYM

Opracowana dla ucznia:

1. Uczeń choruje na chorobę przewlekłą
potwierdzoną przez lekarza
dnia

2. Objawy choroby ucznia:

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

3. Nakazy związane z przebywaniem ucznia w szkole:

.....
.....

4. Zakazy związane z przebywaniem ucznia w szkole:

.....
.....

5. Ograniczenia dla ucznia związane z chorobą:

.....
.....

6. W przypadku zaostżenia objawów lub ataku choroby należy:

.....
.....

7. W przypadku zaostrzenia objawów lub ataku choroby nie wolno:

.....
.....

8. Pierwsza pomoc udzielona uczniowi w szkole polega na:

.....
.....

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

- ☐ rodziców ucznia (imię i nazwisko, nr telefonu)
- ☐ inną osobę: (imię i nazwisko, nr telefonu)
- ☐ pogotowie ratunkowe – w przypadku, gdy rodzic/ opiekun prawny nie może niezwłocznie odebrać dziecka ze szkoły w celu udzielenia mu pomocy medycznej.

10. Inne istotne informacje

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

.....
(podpisy rodziców/prawnych opiekunów)

.....
(podpis wychowawcy klasy)

.....
(podpis dyrektora)

Załącznik nr 2

**UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODAWANIA LEKÓW
DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

Ja, niżej podpisany

(imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

upoważniam Panią/Pana

(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika)

do podawania mojemu dziecku

(imię, nazwisko dziecka)

leku

.....

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

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności i sposobie podawania leku.

.....

(data, imię i nazwisko, podpis rodzica)

**ZGODA NAUCZYCIELA/PRACOWNIKA SZKOŁY
NA PODANIA LEKÓW
UCZNIOWI Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

.....
(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

Wyrażam zgodę na podanie uczniowi
(imię i nazwisko ucznia)

leku

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

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

.....
(data, podpis nauczyciela/pracownika szkoły)