PROCEDURY POSTĘPOWANIA Z DZIECKIEM PRZEWLEKLE CHORYM W SZKOLE wprowadzone zarządzeniem dyrektora nr 27/2017/2018 z dnia 29 stycznia 2018 roku

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006r. Nr 97 poz. 674 ze zm.), Art.5 ust.7 pkt. 1 oraz art.1 ust.1 pkt. 10 ustawy z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004r. nr 256, poz. 2572, ze zm.), Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz. U. z 2003r. Nr 6 poz. 69 ze zm.), Stanowisko Ministra Zdrowia w sprawie możliwości podawania leków dzieciom przez nauczycieli w szkole i przedszkolu z dnia 4 maja 2010 r.

Procedury postępowania z dzieckiem przewlekle chorym w szkole opracowano na podstawie publikacji „One są wśród nas" zamieszczonych na stronie internetowej Pełnomocnika Rządu do Spraw Równego Traktowania.

Rozdział 1

Postanowienia ogóle

§ 1.

1. W sytuacji gdy wychowawca otrzyma od rodziców (opiekunów prawnych) ucznia informację, że jest on przewlekle chory, powinien pozyskać od nich pisemne oświadczenie na ten temat, potwierdzenie od lekarza, szczegółowe informacje na temat choroby oraz wynikających z niej ograniczeń w funkcjonowaniu.
2. Dyrektor szkoły organizuje szkolenie kadry pedagogicznej i pozostałych pracowników szkoły w zakresie postępowania z chorym dzieckiem na co dzień oraz w sytuacji zaostrzenia objawów czy ataku choroby.
3. W szkole wprowadza się procedury postępowania w stosunku do przewlekle chorego ucznia zarówno na co dzień, jak i w przypadku zaostrzenia objawów czy ataku choroby. Procedury te mogą uwzględniać m.in. przypominanie lub pomoc w przyjmowaniu leków, wykonywaniu pomiarów poziomu cukru, regularnym przyjmowaniu posiłków, sposób reagowania itp. Powinny też określać formy stałej współpracy z rodzicami (opiekunami prawnymi) tego dziecka oraz zobowiązanie wszystkich pracowników placówki do bezwzględnego ich stosowania.
4. Nauczyciele zobowiązani są dostosować formy pracy dydaktycznej, dobór treści i metod oraz organizację nauczania do możliwości psychofizycznych tego ucznia, a także objąć go różnymi formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej.
5. W przypadku nasilenia choroby u dziecka podczas pobytu w szkole nauczyciel lub dyrektor niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców (prawnych opiekunów).

Rozdział 2

Dziecko z astmą

§ 2.

1. Astma oskrzelowa jest najczęstszą przewlekłą chorobą układu oddechowego u dzieci. Istotą astmy jest przewlekły proces zapalny toczący się w drogach oddechowych, który prowadzi do zwiększonej skłonności do reagowania skurczem na różne bodźce i pojawienia się objawów choroby.
2. Jednym z podstawowych objawów jest duszność jako subiektywne uczucie braku powietrza spowodowane trudnościami w jego swobodnym przechodzeniu przez zwężone

drogi oddechowe. Gdy duszność jest bardzo nasilona możemy zauważyć, że usta dziecka a także inne części ciała są zasinione. Konsekwencją zwężenia oskrzeli jest pojawienie się świszczącego oddechu. Częstym objawem astmy oskrzelowej jest kaszel. Najczęściej jest to kaszel suchy, napadowy, bardzo męczący.

3. Zaostrzenie astmy może być wywołane przez: kontakt z alergenami, na które uczulone jest dziecko, kontakt z substancjami drażniącymi drogi oddechowe, wysiłek fizyczny, zimne powietrze, dym tytoniowy, infekcje.
4. W przypadku wystąpienia duszności należy podać dziecku wziewnie lek rozkurczający oskrzela zgodnie z zaleceniem lekarza.
5. W przypadku objawów ciężkiej duszności należy podać jednocześnie 2 dawki leku w aerozolu w odstępie 10-20 sekund. Po wykonaniu 1 pierwszej inhalacji należy powiadomić rodziców dziecka o wystąpieniu zaostrzenia. W przypadku duszności o dużym nasileniu powinno się wezwać Pogotowie Ratunkowe.
6. W czasie oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia dziecko wymaga ciągłego nadzoru osoby dorosłej. Dodatkowo bardzo ważne jest zapewnienie dziecku spokoju oraz odizolowanie od osób trzecich.

7. **Zalecenia**:
   1) częste wietrzenie sal lekcyjnych;
   2) dziecko, które ma objawy po wysiłku, powinno przed lekcją wychowania fizycznego przyjąć dodatkowy lek;
   3) ćwiczenia fizyczne należy zaczynać od rozgrzewki;
   4) w przypadku wystąpienia u dziecka objawów duszności należy przerwać wykonywanie wysiłku i pozwolić dziecku zażyć środek rozkurczowy;
   5) dziecko uczulone na pokarmy powinno mieć adnotacje od rodziców, co może jeść w sytuacjach, które mogą wywołać pojawienie się objawów uczulenia;
   6) uczeń z astmą może okresowo wymagać ograniczenia aktywności fizycznej i dostosowania ćwiczeń do stanu zdrowia;
   7) dzieci chore na astmę powinny uczestniczyć w zajęciach z wychowania fizycznego; wysportowane dziecko lepiej znosi okresy zaostrzeń choroby;
   8) uczeń z astmą nie powinien być trwale eliminowany z zajęć z wychowania fizycznego;
   9) dzieci z astmą mogą uprawiać biegi krótkie, a także gry zespołowe;
   10) dzieci z astmą mogą uprawiać gimnastykę i pływanie.

8. Przeciwwskazania:
   1) Chorzy uczniowie nie powinni uczestniczyć w pracach porządkowych.
   2) W okresie pylenia roślin dzieci z pyłkowicą nie mogą ćwiczyć na wolnym powietrzu oraz nie powinny uczestniczyć w planowanych wycieczkach poza miasto.
   3) Astma oskrzelowa wyklucza biegi na długich dystansach, wymagających długotrwałego, ciągłego wysiłku.
   4) W klasach, gdzie odbywają się lekcje nie powinno być zwierząt futerkowych.

§ 3.

1. Bardzo ważny jest dobry kontakt szkoły z rodzicami, po to, aby wspólnie zapewnić dziecku bezpieczne warunki nauki i pobytu w szkole. Pozwoli to zmniejszyć nadopiekuńczość rodziców a dziecku rozwijać samodzielność i zaufanie do własnych możliwości i umiejętności. Tylko współdziałanie szkoły z rodzicami

i lekarzem prowadzącym pomoże prawidłowo funkcjonować dziecku z astmą oskrzelową w środowisku, gdzie spędza wiele godzin w ciągu dnia.

Rozdział 3

Dziecko z cukrzycą

§ 4.

1. Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią (wysoki poziom glukozy we krwi - większy od 250mg%). Obecnie w Polsce wśród dzieci i młodzieży dominuje cukrzyca typu 1 – ten typ cukrzycy ma podłoże genetyczne i autoimmunologiczne.
2. Cukrzyca nie jest chorobą zakaźną, nie można się nią zarazić przez kontakt z osobą chorą. Najczęstsze objawy to wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu oraz chudnięcie. W chwili obecnej, w warunkach pozaszpitalnych, jedynym skutecznym sposobem podawania insuliny jest wstrzykiwanie do podskórnej tkanki tłuszczowej za pomocą pena lub pompy.
3. Cukrzyca nie jest chorobą, która powinna ograniczać jakiekolwiek funkcjonowanie ucznia, tylko wymaga właściwej samokontroli i obserwacji. Ćwiczenia fizyczne, sport i rekreacja połączone z ruchem są korzystne dla dzieci chorych na cukrzycę. Wspierają prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny, pomagają rozwijać samodyscyplinę, gratyfikują, dają przyjemność i satysfakcję. Najważniejszym problemem przy wykonywaniu wysiłku fizycznego u dzieci z cukrzycą jest ryzyko związane z wystąpieniem hipoglikemii (niedocukrzenia- stężenie glukozy we krwi mniejsze niż 60 mg%). Do działań w ramach samokontroli należą:
   1) badanie krwi i zapisywanie wyników badań,
   2) prawidłowa interpretacja wyników badań,
   3) prawidłowe komponowanie posiłków,
   4) prawidłowe i bezpieczne wykonywanie wysiłku fizycznego,
   5) obserwacja objawów, jakie pojawiają się przy hipoglikemii i hiperglikemii.
4. W szkole powinien znajdować się „kącik” dla ucznia z cukrzycą, czyli ustronne miejsce, w którym dziecko z cukrzycą będzie mogło spokojnie, bezpiecznie i higienicznie wykonać badanie krwi oraz wykonać wstrzyknięcia insuliny.

§ 5.

1. **Objawy hipoglikemii – niedocukrzenia:**
   1) bladość skóry, nadmierna potliwość, drżenie rąk;
   2) ból głowy, ból brzucha;
   3) szybkie bicie serca;
   4) uczucie silnego głodu/wstręt do jedzenia;
   5) osłabienie, zmęczenie;
   6) problemy z koncentracją, zapamiętywaniem;
   7) chwiejność emocjonalna, nietypowe zachowanie dziecka;
   8) napady agresji lub wesołkowatości;
   9) ziewanie/senność;
   10) zaburzenia mowy, widzenia i równowagi;
   11) zmiana charakteru pisma;
   12) nielogiczne odpowiadanie na zadawane pytania;
   13) utrudniony kontakt ucznia z otoczeniem lub utrata przytomności;

14) drgawki.

2. **Postępowanie przy hipoglikemii lekkiej – dziecko jest przytomne, w pełnym kontakcie, współpracuje z nami, spełnia polecenia:**
   1) sprawdzić poziom glukozy we krwi potwierdzając niedocukrzenie;
   2) podać węglowodany proste (sok owocowy, coca-cola, cukier spożywczy rozpuszczony w wodzie lub herbacie, glukoza w tabletkach, płynny miód;
   3) NIE WOLNO zastępować węglowodanów prostych słodyczami zawierającymi tłuszcze, jak, np. czekolada, ponieważ utrudniają one wchłanianie glukozy z przewodu pokarmowego;
   4) ponownie oznaczyć glikemię po 10-15 minutach;
   5) zawsze należy dążyć do ustalenia przyczyny niedocukrzenia.
3. **Postępowanie przy hipoglikemii średnio – ciężkiej – dziecko ma częściowe zaburzenia świadomości, pozostaje w ograniczonym kontakcie z nami, potrzebuje bezwzględnie pomocy osoby drugiej:**
   1) oznaczyć glikemię i potwierdzić niedocukrzenie;
   2) jeżeli dziecko może połykać, podać do picia płyn o dużym stężeniu cukru (np. 3-5 kostek cukru rozpuszczonych w ½ szklanki wody, coli, soku);
   3) jeżeli dziecko nie może połykać postępujemy tak jak w przypadku glikemii ciężkiej.
4. **Postępowanie przy hipoglikemii ciężkiej – dziecko jest nieprzytomne, nie ma z nim żadnego kontaktu, nie reaguje na żadne bodźce, może mieć drgawki:**
   1) NIE WOLNO podawać niczego do picia ani do jedzenia do ust;
   2) układamy dziecko na boku;
   3) wstrzykujemy domięśniowo glukagon, jest to zastrzyk ratujący życie;
   4) wzywamy pogotowie ratunkowe;
   5) kontaktujemy się z rodzicami dziecka;
   6) dopiero gdy dziecko odzyska przytomność (po podaniu glukagonu powinno odzyskać przytomność po kilkunastu minutach) i jeżeli dziecko będzie w dobrym kontakcie można mu podać węglowodany doustnie (sok, cola, tabl. glukozy).
5. **U dzieci leczonych pompą:**
   1) zatrzymaj pompę;
   2) potwierdź hipoglikemię;
   3) jeżeli dziecko jest przytomne podaj węglowodany proste;
   4) odczekaj 10-15 minut i zbadaj ponownie poziom glukozy we krwi, jeżeli nie ma poprawy podaj ponownie cukry proste;
   5) jeżeli objawy ustąpią i kontrolny pomiar glikemii wskazuje podnoszenie się stężenia glukozy, włącz pompę i podaj kanapkę lub inne węglowodany złożone.
   6) jeżeli dziecko jest nieprzytomne lub ma drgawki połóż je w pozycji bezpiecznej, podaj domięśniowo zastrzyk z glukagonu i wezwij karetkę pogotowia.

Po epizodzie hipoglikemii nie zostawiaj dziecka samego! Dziecko nie może podejmować wysiłku fizycznego dopóki wszystkie objawy hipoglikemii nie ustąpią!

§ 6.

1. Objawy hiperglikemii:
1) wzmożone pragnienie, potrzeba częstego oddawania moczu;
2) rozdrażnienie, zaburzenia koncentracji;
3) złe samopoczucie, osłabienie, przygnębienie, apatia;

4) jeżeli do ww. objawów dołączą ból głowy, ból brzucha, nudności i wymioty, ciężki oddech, może to świadczyć o rozwoju kwasicy cukrzycowej. Należy wtedy bezzwłocznie:
   a) zbadać poziom glukozy;
   b) skontaktować się z rodzicami lub wezwać pogotowie.

2. Postępowanie przy hiperglikemii:

podajemy insulinę (tzw. dawka korekcyjna);

1) uzupełniamy płyny (dziecko powinno dużo pić, przeciętnie 1litr w okresie 1,5-2 godz., najlepszym płynem jest niegazowana woda mineralna);
2) po około 1 godz. należy dokonać kontrolnego pomiaru glikemii;
3) w razie stwierdzenia hiperglikemii dziecko nie powinno jeść, dopóki poziom glikemii nie obniży się.

§ 7.

Uczeń z cukrzycą zawsze powinien mieć ze sobą w szkole:

1) pen – „wstrzykiwacz" z insuliną;
2) pompę insulinową, jeżeli jest leczone przy pomocy pompy;
3) nakłuwacz z zestawem igieł.
4) glukometr z zestawem pasków oraz gazików;
5) plastikowy pojemnik na zużyte igły i paski;
6) drugie śniadanie lub dodatkowe posiłki przeliczone na wymienniki np. przeznaczone na „zabezpieczenie" zajęć wf w danym dniu.
7) dodatkowe produkty – soczek owocowy, tabletki z glukozą w razie pojawienia się objawów hipoglikemii.
8) telefon do rodziców;
9) informację w postaci kartki lub bransoletki na rękę, która informuje, że dziecko choruje na cukrzycę;
10) glukagon (zestaw w pomarańczowym pudełku, może na stałe znajdować się w szkolnej lodówce).

§ 8.

Każdemu dziecku z cukrzycą typu 1 należy zapewnić w szkole:

1) możliwość zmierzenia poziomu glukozy na glukometrze w dowolnym momencie –także w trakcie trwania lekcji;
2) możliwość podania insuliny;
3) możliwość zmiany zestawu infuzyjnego w przypadku leczenia osobistą pompą insulinową w odpowiednich warunkach zapewniających bezpieczeństwo i dyskrecję;
4) właściwe leczenie niedocukrzenia zgodnie ze schematem ustalonym z pielęgniarką szkolną i rodzicami dziecka;
5) możliwość spożycia posiłków o określonej godzinie, a jeśli istnieje taka potrzeba, nawet w trakcie trwania lekcji;
6) możliwość zaspokojenia pragnienia oraz możliwość korzystania z toalety, także w czasie trwania zajęć lekcyjnych.
7) możliwość uczestniczenia w pełnym zakresie w zajęciach wychowania fizycznego oraz różnych zajęciach pozaszkolnych, np. wycieczkach turystycznych, zielonych szkołach.

Rozdział 3

Dziecko z padaczką

§ 9.

1. Padaczką określamy skłonność do występowania nawracających, nie prowokowanych napadów. Napadem padaczkowym potocznie nazywamy napadowo występujące zaburzenia w funkcjonowaniu mózgu objawiające się widocznymi zaburzeniami, zwykle ruchowymi. Niekiedy jedynym widocznym objawem napadu są kilkusekundowe zaburzenia świadomości. Napady padaczkowe dzieli się na napady pierwotne uogólnione oraz napady częściowe (zlokalizowane).
2. **Napady pierwotnie uogólnione:**
   1) napady nieświadomości, najczęściej kilkusekundowa utrata kontaktu z otoczeniem; napadom nieświadomości mogą towarzyszyć mruganie lub gwałtowne ruchy o niewielkim zakresie w obrębie ust;
   2) napady atoniczne – napad spowodowany nagłym i krótkotrwałym obniżeniem napięcia mięśniowego w określonych grupach mięśni;
   3) napady toniczne – występuje głównie u małych dzieci zazwyczaj podczas zasypiania lub budzenia; charakteryzuje się nagłym, symetrycznym wzrostem napięcia mięśni w obrębie kończyn i tułowia;
   4) napady toniczno-kloniczne – w fazie tonicznej dochodzi do nagłej utraty przytomności, skurczu mięśni, zatrzymania oddechu; faza kloniczna charakteryzuje się rytmicznymi, gwałtownymi skurczami mięśni kończyn i tułowia, następnie przechodzi w kilkuminutową śpiączkę;
   5) napady kloniczne – napady głównie u niemowląt i małych dzieci, częściej w przebiegu gorączki, cechują je symetryczne skurcze mięśni kończyn występujące seriami.
   6) napady mioklonicznе - charakteryzują się gwałtownymi synchronicznymi skurczami mięśni szyi, obręczy barkowej, ramion i ud przy względnie zachowanej świadomości chorego.
3. **Napady częściowe:**
   1) napady częściowe z objawami prostymi –świadomość w czasie napadów jest na ogół zachowana, zwykle napady dotyczą określonej okolicy np. ręki lub ust;
   2) napady częściowe z objawami złożonymi – niektórym napadom mogą towarzyszyć zaburzenia świadomości o charakterze omamów i złudzeń; pacjent ma wrażenie, że już znajdował się w danej sytuacji życiowej lub przeciwnie, że nie zna sytuacji i przedmiotów, z którymi w rzeczywistości się już stykał, do tego typu napadów zaliczane są także napady psychoruchowe z towarzyszącymi im różnymi automatyzmami (cmokanie), u dzieci mogą niekiedy występować napady nietypowe, manifestujące się klinicznie bólami brzucha, głowy, omdleniami, napadami lęku itp.;
4. **Napady częściowe wtórnie uogólnione** – rozpoczyna się zwykle od napadowych mioklonicznych lub klonicznych skurczów ograniczonych do określonych grup mięśni, aby następnie rozprzestrzenić się i doprowadzić do wtórnie uogólnionego napadu toniczno-klonicznego (tzw. napadu dużego).
5. **Zespoły padaczkowe wieku dziecięcego:**
   1) zespół Westa,
   2) zespół Lennoxa-Gastauta,
   3) dziecięca padaczka nieświadomości (piknolepsja),
   4) padaczka Rolanda,

5) młodzieńcza padaczka nieświadomości,
6) zespół Janza,
7) padaczka odruchowa,
8) omdlenia odruchowe,
9) napady rzekomopadaczkowe.

6. Leczenie padaczki jest procesem przewlekłym, wymaga systematycznego, codziennego podawania leków. Nagłe przerwanie leczenia, pominięcie którejś dawki, może zakończyć się napadem lub stanem padaczkowym. Z tego powodu tak ważne jest aby pacjent mógł systematycznie przyjmować leki. W trakcie włączania leczenia lub jego modyfikacji dziecko może wykazywać objawy senności, rozdrażnienia, zawrotów głowy.

§ 10.

1. W razie wystąpienia napadu należy:
1) przede wszystkim zachować spokój;
2) ułożyć chorego w bezpiecznym miejscu w pozycji bezpiecznej, na boku;
3) zabezpieczyć chorego przed możliwością urazu w czasie napadu – zdjąć okulary, usunąć z ust ciała obce, podłożyć coś miękkiego pod głowę;
4) asekurować w czasie napadu i pozostać z chorym do odzyskania pełnej świadomości.

2. NIE WOLNO
1) podnosić pacjenta;
2) krępować jego ruchów;
3) wkładać czegokolwiek między zęby lub do ust.

2. Pomoc lekarska jest potrzebna, jeżeli był to pierwszy napad w życiu lub napad trwał dłużej niż 10 minut albo jeśli po napadzie wystąpiła długo trwająca gorączka, sugerująca zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

3. Dzieciom chorym na padaczkę trudniej jest wykorzystać w pełni swoje możliwości edukacyjne z przyczyn medycznych i społecznych. Narażone są na wyższy poziom stresu wynikający z obawy przed napadem komentarzami, stąd też częściej występują u nich cechy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, trudności w czytaniu i pisaniu oraz inne trudności szkolne. W razie narastających trudności szkolnych, trzeba zapewnić dziecku możliwość douczania, zorganizować odpowiednio czas na naukę, z częstymi przerwami na odpoczynek, modyfikować i zmieniać sposoby przyswajania wiadomości szkolnych. Nie należy z zasady zwalniać dziecka z zajęć wychowania fizycznego ani z zabaw i zajęć ruchowych.

4. Należy dbać o to, aby nie dopuszczać do nadmiernego obciążenia fizycznego i psychicznego. Gdy zdarzają się napady, dziecko powinno mieć zapewnioną opiekę w drodze do i ze szkoły.

Rozdział 4

Dziecko przewlekle chore

§ 11.

1. Choroba przewlekła to proces patologiczny trwający ponad 4 tygodnie, cechujący się brakiem nasilonych objawów chorobowych. Długotrwała choroba i częste hospitalizacje mogą okresowo uniemożliwiać choremu dziecku przebywanie w grupie rówieśników, a także zaspokajanie wielu ważnych potrzeb psychicznych,

fizycznych i społecznych. Przeciwdziałanie niekorzystnym skutkom choroby przewlekłej, polega między innymi na udzielaniu dziecku i jego rodzinie pomocy w budowaniu nowej koncepcji życia z chorobą i pomimo choroby.

2. Odbudowa poczucia bezpieczeństwa jest jednym z najważniejszych zadań osób pomagających choremu dziecku i jego rodzinie. Dziecko może czuć się mniej bezradne i zagubione, gdy ma okazję do odnoszenia sukcesów i poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Zatem dostrzeganie i eksponowanie osiągnięć dziecka, chwalenie go za nie i nagradzanie jest jednym z kierunków pomagania mu w pokonywaniu poczucia bezradności. Drugi ważny kierunek to uczenie dziecka nowych umiejętności- zarówno tych przydatnych w pokonywaniu trudności związanych z chorowaniem, jak i tych otwierających mu nowe, wolne od ograniczeń pola aktywności, poszerzających jego „obszar wolności".
3. Szkoła pełni w życiu chorego dziecka szczególną rolę. Jest to miejsce, w którym może się ono uczyć i bawić, rozwijać swoje zdolności i umiejętności, może przeżywać radość i dumę ze swojej aktywności, a także budować dobre relacje z innymi dziećmi. Obecność przyjaznych nauczycieli i rówieśników jest bardzo ważna dla prawidłowego rozwoju emocjonalnego i społecznego chorego dziecka.
4. Niezwykle ważne jest przekazanie nauczycielom informacji o wpływie choroby dziecka na funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne ucznia. Niektóre leki mogą działać pobudzająco a inne usypiająco. Może to mieć wpływ na zachowanie się dziecka lub możliwość efektywnego uczenia się. Dzięki informacjom od rodziców i lekarzy, nauczyciel może poznać chorobę dziecka w takim zakresie, aby w razie potrzeby, w odpowiednim czasie, udzielić mu niezbędnej pomocy i wsparcia oraz zapewnić bezpieczne warunki na terenie szkoły. Także dostosować sposoby komunikowania się oraz sposoby i formy nauczania do potrzeb i aktualnych możliwości chorego dziecka. Wzajemne kontakty pomiędzy szkołą i rodzicami powinny być stałe i systematyczne, oparte na zaufaniu, spokojnej, wzajemnej wymianie informacji oraz współpracy i zrozumieniu.
5. **Główne sposoby pomocy przewlekle choremu dziecku możliwe do zrealizowania na terenie szkoły:**
   1) zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego,
   2) pomoc w pokonywaniu trudności, uczenie nowych umiejętności,
   3) budowanie dobrego klimatu i przyjaznych relacji klasowych,
   4) przygotowanie uczniów zdrowych na spotkanie chorego kolegi,
   5) traktowanie chorego dziecka jako pełnoprawnego członka klasy,
   6) uwrażliwianie dzieci zdrowych na potrzeby i przeżycia dziecka chorego,
   7) uwrażliwianie dziecka chorego na potrzeby i przeżycia innych uczniów,
   8) motywowanie do kontaktów i współdziałania z innymi dziećmi,
   9) rozwijanie zainteresowań, samodzielności dziecka,
   10) dostarczanie wielu możliwości do działania i osiągania sukcesów,
   11) motywowanie do aktywności.

Rozdział 6

Podawanie uczniom leków na terenie szkoły

§ 12.

1. Nauczyciel nie jest zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych. To zadanie dotyczy zawodów medycznych, tj. lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego.

2. **Istnieją jednak sytuacje, w których nauczyciel może podać dziecku lek.** Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie możliwości podawania leków dzieciom w szkole trzeba wyodrębnić następujące sytuacje:
   1) **stany nagłe** - gdy stan zdrowia dziecka wymaga natychmiastowej interwencji lekarskiej, nauczyciel, dyrektor lub pielęgniarka zobowiązani są do podjęcia działań pomocy przedmedycznej w zakresie posiadanych umiejętności oraz wezwania karetki pogotowia ratunkowego; jednocześnie obowiązkiem tych osób jest zawiadomienie rodziców /opiekunów prawnych/;
   2) **choroby przewlekłe -** kiedy występuje konieczność stałego podawania mu leków (do szkoły powinna być dostarczona przez rodziców/opiekunów prawnych/ informacja, na jaką chorobę dziecko cierpi, jakie leki zażywa na zlecenie lekarza, w tym nazwa leku i sposób jego dawkowania; rodzice też powinni dostarczyć zlecenie lekarskie na podawanie leku i upoważnienie dla pielęgniarki/nauczyciela do podawania leku).

§ 13.

1. W czasie nieobecności pielęgniarki w placówce oświatowej, w sytuacji gdy stan zdrowia dziecka wymaga podania leku lub wykonania innych czynności /np. kontroli poziomu cukru we krwi u dziecka chorego na cukrzycę, podania leku drogą wziewną dziecku choremu na astmę/, czynności te mogą wykonywać również inne osoby / w tym: samo dziecko, rodzic, nauczyciel/, jeżeli zostały poinstruowane w tym zakresie.
2. Osoby przyjmujące zadanie muszą wyrazić na to zgodę, zaś posiadanie wykształcenia medycznego nie jest wymogiem koniecznym. Delegowanie przez rodziców/opiekunów prawnych/ uprawnień do wykonywania czynności związanych z opieką nad dzieckiem oraz zgoda pracownika szkoły i zobowiązanie do sprawowania opieki muszą mieć formę **umowy pisemnej** pomiędzy rodzicami /opiekunami prawnymi/ dziecka przewlekle chorego a pracownikiem szkoły.
3. Poza przypadkiem podawania leków dzieciom przewlekle chorym, nauczyciele nie powinni podawać leków w innych sytuacjach, np. leków przeciwbólowych, syropów, witamin, antybiotyków, o co proszą, a nawet wymuszają rodzice. Nigdy nie wiadomo, jaka będzie reakcja dziecka na dany lek, a w razie ewentualnych komplikacji należy liczyć się z konsekwencjami zdrowotnymi dla dziecka i prawnymi dla nauczyciela.

§ 14.

Procedura podawania leków dzieciom przez nauczycieli:

1) **każde podanie leków w placówce w szczególnie uzasadnionych przypadkach** /dziecko przewlekle chore/ **odbywa się na pisemne upoważnienie rodziców** (załącznik nr 1)
2) rodzice/opiekunowie prawni/ zobowiązani są do dostarczenia zaświadczenia lekarskiego, które określa nazwę leku, dawkę, częstotliwość podawania i okres leczenia;
3) nauczyciel wyraża pisemną zgodę na podawanie leku dziecku (załącznik nr 2);
4) w przypadku zachorowania dziecka na terenie placówki powiadamia się o tym rodziców/opiekunów prawnych/ dziecka, a rodzice/opiekunowie prawni/ są zobowiązani do niezwłocznego odebrania dziecka z placówki i zapewnienia mu opieki medycznej;
5) w przypadku gdy rodzice/opiekunowie prawni/ nie są w stanie odebrać osobiście dziecka z placówki, mogą upoważnić pisemnie inną osobę;

6) w sytuacjach nagłego pogorszenia się stanu zdrowia dziecka wzywane jest pogotowie ratunkowe, a o zaistniałym zdarzeniu informowani są rodzice/opiekunowie prawni/ i dyrektor placówki;
7) dziecko do czasu przybycia pogotowia ratunkowego i przybycia rodziców/opiekunów prawnych/ pozostaje pod opieką pielęgniarki szkolnej, a pod jej nieobecność pod opieką nauczyciela.

Załącznik 1

UPOWAŻNIENIE RODZICÓW
DO PODAWANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ

My, niżej podpisani:

….....
/imię, nazwisko matki /opiekunki prawnej dziecka/

….....
/imię, nazwisko ojca /opiekuna prawnego dziecka/

upoważniamy Panią/Pana:

….....
/imię, nazwisko nauczyciela/pracownika/

do podawania naszemu dziecku:

….....
/imię, nazwisko dziecka/

leku:
….....
….....
….....
.....
……...
……...
……..
/nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia/

Do upoważnienia dołączamy aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

Kędzierzyn – Koźle, dn. ……..

…..... …….....
Czytelny podpis matki/opiekunki prawnej dziecka/ (imię i nazwisko)
Czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego dziecka/ (imię i nazwisko)

Załącznik nr 2

ZGODA NAUCZYCIELA / PRACOWNIKA
NA PODAWANIE LEKU DZIECKU PRZEWLEKLE CHOREMU

Ja, niżej podpisany:

….
/imię, nazwisko nauczyciela/pracownika/

wyrażam zgodę na podawanie dziecku:

….
/imię, nazwisko dziecka/

leku:

….
….
….
….
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
/dawka, nazwa leku, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia/

Oświadczam, że zostałam poinstruowana/y o sposobie podania leku/wykonania czynności medycznej.

Kędzierzyn – Koźle, dn. ……

….
Czytelny podpis (imię, nazwisko nauczyciela/pracownika placówki)