

**ŠIAULIŲ PETRO AVIŽONIO UGDYMO CENTRO
VAIKŲ, SERGANČIŲ LĖTINĖMIS NEINFEKČINĖMIS LIGOMIS, SAVIRŪPOS
PROCESO ORGANIZAVIMO TVARKOS APRAŠAS**

**I SKYRIUS
BENDROSIOS NUOSTATOS**

1. Vaikų, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (toliau – LNL) savirūpos proceso organizavimo tvarkos aprašas (toliau – Aprašas) nustato vaikų savirūpos proceso organizavimą Šiaulių Petro Avižonio ugdymo centre (toliau – Centras), Centro atsakomybes ir pareigas, vaikų, tėvų (globėjų, rūpintojų) atsakomybes ir pareigas.

2. Aprašo tikslas – užtikrinti sklandų savirūpos proceso organizavimą Centre.

3. Vaiko, sergančio LNL, savirūpos įgyvendinimo procese dalyvauja vaikas, tėvai (globėjai, rūpintojai), Centro direktorius ar jo įgaliotas atstovas, Centro visuomenės sveikatos specialistas (toliau – VSS), vaiką ugdantys pedagogai ir kiti švietimo pagalbos specialistai.

4. Savirūpos procesas organizuojamas atsižvelgiant į vaiko poreikius ir tiksliai gydytojų rekomendacijas pagal vaiko tėvų (globėjų, rūpintojų) ir VSS specialisto kartu su Centro darbuotojais parengtą savirūpos planą (1-4 priedai).

5. Aprašas parengtas vadovaujantis:

5.1. Lietuvos Respublikos švietimo, mokslo ir sporto ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2019 m. gruodžio 11 d. įsakymu Nr. V-1428/V-1465 „Dėl Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro ir Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro 2005 m. gruodžio 30 d. įsakymo Nr. V-1035/Isak-2680 „Dėl visuomenės sveikatos priežiūros organizavimo mokykloje tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“.

5.2. Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centro „Lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis (cukriniu diabetu, bronchų astma ir dermatitu) sergančių vaikų, ugdomų bendrojo ugdymo įstaigose, sveikatos priežiūros mokyklose“ (2020) rekomendacijomis.

**II SKYRIUS
SĄVOKOS IR APIBRĖŽIMAI**

6. Apraše naudojamos sąvokos ir apibrėžimai:

6.1. **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, kaip tai nustatyta Lietuvos sveikatos 2014-2025 metų strategijoje, patvirtintoje Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimu Nr. XII-96413.

6.2. **Vaikas** – asmuo, kuris Centre ugdomas pagal ikimokyklinio ar priešmokyklinio ugdymo programą.

6.3. **Tėvai (globėjai, rūpintojai)** – vaiko atstovai pagal įstatymą, kaip tai nustatyta Lietuvos Respublikos vaiko teisių apsaugos pagrindų įstatyme, t. y. vaiko tėvai, vaiką įvaikinus, – įtėviai, nustačius globą ar rūpybą, – globėjai ar rūpintojai, įstatymų nustatytais atvejais – valstybinė vaiko teisių apsaugos institucija.

6.4. **Savirūpa** – vaiko, sergančio lėtine neinfekcine liga, gebėjimas saugoti sveikatą, prisitaikyti prie aplinkos sąlygų, apsisaugoti nuo ligos komplikacijų, sveikatos būklės pablogėjimo atpažinimas ir

gebėjimas kartu su šeimos ar mokyklos darbuotojų pagalba vykdyti gydytojo paskirtą gydymą, kaip tai nustatyta Plane.

6.5. **Individualus savirūpos planas** – individualiai pagal gydytojo rekomendacijas ir tėvų lūkesčius parengtas veiksmų planas, užtikrinantis sklandžią savirūpos proceso eigą.

6.6. **Įgaliotas atstovas** – Centro direktoriaus įsakymu paskirtas asmuo, atsakingas už savirūpos pagalbos organizavimą.

III SKYRIUS SAVIRŪPOS PROSESO ORGANIZAVIMAS CENTRE

7. Savirūpos procesas Centre organizuojamas, jei:

7.1. vaikas, vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai), rašydami prašymą dėl priėmimo / pasirašydami mokymo sutartį į / su Centrą (-u), pažymi, kad vaikas serga LNL ir jam reikalinga pagalba savirūpai;

7.2. vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai) raštu praneša Centrui apie esantį / atsiradusį savirūpos organizavimo poreikį vaikui;

7.3. Centro VSS apie savirūpos poreikį vaikui informaciją gauna analizuodamas vaiko sveikatos duomenis vaikų sveikatos stebėsenos informacinėje sistemoje (VSS IS).

8. Savirūpos proceso organizavimo eiga:

8.1. gavus informaciją apie vaikui reikalingą pagalbą, įgaliotas atstovas inicijuoja Vaiko gerovės komisijos (toliau – VGK) posėdį. Į posėdį pakviečiami: vaikas, vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai). Jo metu vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai) supažindinami su Centro galimybėmis organizuoti vaiko savirūpai reikalingą pagalbą, aptariama individualaus savirūpos plano (toliau – Planas) būtinybė bei jo parengimas;

8.2. įgaliotas atstovas rengia Planą pagal tiksliai, aiškiai išdėstytas gydytojo rekomendacijas bei tėvų išsakytus lūkesčius.

8.3. įgaliotas atstovas supažindina vaiką, vaiko tėvus (globėjus, rūpintojus) su Planu;

8.4. vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai) užpildo Plano 2, 5 dalis;

8.5. Planas suderinamas su tėvais jiems pasirašant 8 dalyje.

8.6. suderintas Planas įsakymu tvirtinamas Centro direktoriaus.

9. Įgaliotas atstovas:

9.1. sudaro sąrašą asmenų, kurie dalyvauja konkretaus vaiko Plano įgyvendinime, nurodant kiekvieno iš jų konkrečius Plano įgyvendinimo veiksmus;

9.2. supažindina ir apmoko Planą įgyvendinančius Centro darbuotojus bei pateikia jiems pasirašyti Pasižadėjimą saugoti tvarkomų asmens ir kitų duomenų paslaptį, laikytis duomenų saugos reikalavimų (5 priedas).

10. Suderintas ir patvirtintas Planas tampa Ikimokyklinio / Priešmokyklinio ugdymo sutarties neatsiejama dalimi.

11. Planas gali būti koreguojamas pasikeitus vaiko sveikatos būklei.

12. Tėvai (globėjai, rūpintojai) gali atsisakyti savirūpos vaikui organizavimo, atsisakymą išreikšdami raštiškai. Centras apie tėvų (globėjų, rūpintojų) atsisakymą dalyvauti savirūpos procese per 3 d. d. informuoja savivaldybės tarpinstitucinio bendradarbiavimo koordinatorių.

IV SKYRIUS

VAIKŲ, SERGANČIŲ LĖTINĖMIS NEINFEKČINĖMIS LIGOMIS, CENTRE VARTOJAMŲ VAISTŲ ADMINISTRAVIMAS (LAIKYMAS, IŠDAVIMAS, NAUDOJIMAS)

13. Vaikui reikalingi vartoti Centre vaistai turi būti laikomi Centro sveikatos kabinete ar kitoje rakinamoje patalpoje vaistų aprašymuose nurodytomis vaistų laikymo sąlygomis, užtikrinant, kad prie vaistų turėtų priėjimą tik vaistus vaikui išduodantis asmuo.

14. Centre vaikui išduodami vartoti tik Plane nurodyti vaistai, Plane nurodytomis vaistų vartojimo dozėmis, laiku, vartojimo būdu.

15. Tėvai (globėjai, rūpintojai) Centrai vaistus turi pateikti originalioje pakuotėje su informaciniu lapeliu. Ant pakuotės turi būti užrašytas vaiko, kuriam skirti vaistai, vardas ir pavardė. Bet kokių atveju pirma vaistų dozė turėtų būti suvartota vaikui esant namie.

16. Vaistus vaikui gali paduoti Centro VSS, VSS nedarbo metu – Centro direktoriaus paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą vaikui.

17. Vaistus vaikui Centre gali duoti ir vaiko tėvai (globėjai).

18. Siekiant išvengti vaisto vartojimo klaidų, kiekvieną kartą vaikui duodant vaistą patikrinti:

18.1. ar vaistas yra tas, kuris nurodytas Plane;

18.2. ar nepasibaigęs vaisto galiojimas. Pasibaigus vaisto galiojimui vaistą duoti vaikui draudžiama. Pasibaigusio galiojimo vaistai gražinami vaiko tėvams (globėjams, rūpintojams);

18.3. ar vaistas yra skirtas tam vaikui;

18.4. ar teisinga vaisto dozė;

18.5. ar teisingas vaisto vartojimo laikas;

18.6. ar teisingas vaisto vartojimo būdas.

19. Vaikas vaistą turi suvartoti tik stebint Centro VSS ar kitam Centro direktoriaus paskirtam asmeniui, atsakingam už vaistų išdavimą vaikui.

20. Centro VSS ar kitas Centro direktoriaus paskirtas asmuo, atsakingas už vaistų išdavimą, privalo užregistruoti kiekvieną vaistų išdavimo konkrečiam vaikui atvejį Vaistų išdavimo vaikams registracijos žurnale, nurodant vaiko duomenis (vardas, pavardė, gimimo metai), datą, vaistų pavadinimą, dozę, vaistų išdavimo laiką, vartojimo būdą, vaistus davusio asmens vardą ir pavardę, pareigas, parašą (6 priedas).

21. Jeigu vaikui reikia atlikti procedūrą, kuri priskirta asmens sveikatos priežiūros licencijuotoms paslaugoms, kaip pvz.: vaisto injekcija, kateterio įvedimas ir kt., tai atlieka vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai).

V SKYRIUS

CENTRO ATSAKOMYBĖS IR PAREIGOS

22. Centras įsipareigoja:

22.1. sudaryti sąlygas vaiko savirūpai organizuoti;

22.2. parengti Planą;

22.3. organizuoti individualius pokalbius, VGK posėdžius su vaiko tėvais (globėjais, rūpintojais);

22.4. tvarkyti ir saugoti surinktus vaikų ir tėvų (globėjų, rūpintojų) asmens duomenis laikantis Bendrojo duomenų apsaugos reglamento ir Asmens duomenų tvarkymo Centre taisyklių reikalavimų.

VI SKYRIUS

VAIKO TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) ATSAKOMYBĖS IR PAREIGOS

23. Informuoti Centrą apie savirūpos organizavimo poreikį.
 24. Suteikti reikiamą informaciją Plano rengimui.
 25. Pateikti gydytojų rekomendacijas.
 26. Atvykti į individualius susitikimus, V GK posėdžius.
 27. Plane užpildyti tėvams (globėjams, rūpintojams) skirtas dalis ir pateikti reikiamą informaciją.
 28. Vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai) privalo užtikrinti, suteikti visas Plane nurodytas priemones ir medikamentus bei pasirūpinti susidarančių atliekų šalinimu.
-

Vaikų, sergančių lėtinėmis
neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso
organizavimo tvarkos aprašo
1 priedas

(Individualaus savirūpos plano forma)

ŠIAULIŲ PETRO AVIŽONIO UGDYMO CENTRAS

INDIVIDUALUS SAVIRŪPOS PLANAS

1. DUOMENYS APIE VAIKĄ <i>(pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)</i>		
Vardas ir pavardė		
Gimimo data		
Gyvenamosios vietos adresas		
Grupė		
Plano sudarymo data		
Plano koregavimo data		
2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI <i>(pildo vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai))</i>		
<i>Pirmas kontaktas</i>		
Vardas ir pavardė		
Giminystės ryšys		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Antras kontaktas</i>		
Vardas ir pavardė		
Giminystės ryšys		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ CENTRE, KONTAKTAI <i>(pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)</i>		
<i>Pirmas asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		
Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Antras asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		

Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Trečias asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		
Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
4. INFORMACIJA APIE VAIKO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų) (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Diagnozė		
Tarptautinis ligos kodas		
Gydytojo išvados		
Gydytojo rekomendacijos		
Paskirti vaistai		
Vaistų naudojimo instrukcija (kartai per dieną, tikslus laikas)		
Galimos vartojamų vaistų alerginės reakcijos		
Galimi vartojamų vaistų šalutiniai poveikiai		
5. INFORMACIJA APIE VAIKO SVEIKATĄ (pildo vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai))		
Sveikatos būklės apibūdinimas		
Pasireiškiančios alerginės reakcijos, netoleravimai		
Pasireiškiantys elgesio, emocijų ir kt. požymiai		
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pavartojus paskirtus vaistus		
Pasireiškiančios organizmo reakcijos pamiršus pavartoti paskirtus vaistus		
Aplinkos veiksniai galintys išprovokuoti / pabloginti priepuolius / sveikatos būklę		

Veiksniai padedantys stabilizuoti sveikatos būklę	
Vaiko sveikatos būklės įtaka ugdymo(si) procesui	
Vaiko sveikatos būklės įtaka veiklai už ugdymo įstaigos ribų (<i>išvykų, kelionių ir kt.</i>)	
Fizinio aktyvumo toleravimas	
Mitybos ypatumai	
Pedagogų veiksmai, galintys padėti vaikui	
Specialistų (VSS, soc. pedagogo ir kt.) veiksmai, galintys padėti vaikui	
6. ĮSTAIGOS DARBUOTOJŲ MOKYMAI (<i>pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo</i>)	
Reikalingi mokymai	
Įstaigos darbuotojai, kuriems reikalingi mokymai	
<i>Mokymuose dalyvavę įstaigos darbuotojai</i>	
<i>Mokymų data</i>	<i>Darbuotojo vardas ir pavardė</i>
	<i>Darbuotojo parašas</i>
7. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS (<i>pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo</i>)	
Atliekos	
Atliekų laikymo tara	
Atliekų šalinimo periodiškumas, diena(os)	
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš įstaigos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti	

8. TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) SUTIKIMAS

Sutinku, kad šiame plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo Centre poreikius. Suprantu ir sutinku, kad informacija bus dalijamasi su Centro darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme. Įsipareigoju nedelsiant informuoti Centrą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio plano įgyvendinimui. Susipažinau su individualiu vaiko savirūpos planu. Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarančių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu.

Aš sutinku, kad:

- ☐ mano vaikui reikalingus vartoti Centre vaistus administruotų Centro darbuotojai pagal Centro nustatytą tvarką (vaistų laikymas, išdavimas, naudojimas).
- ☐ Centras bus atsakingas 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 esu susipažinęs su Centro man pateiktu Centro vaikų, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso organizavimo tvarkos aprašu.

**Vaiko tėvų (globėjų,
rūpintojų)
vardas, pavardė, parašas**

9. ĮSTAIGOS DARBUOTOJAI

**Įstaigos įgalioto asmens,
darbuotojų, dalyvaujančių
savirūpos plano
įgyvendinime, vardai,
pavardės, parašai**

**Įstaigos VSS vardas,
pavardė, parašas**

**Įstaigos direktoriaus vardas,
pavardė, parašas**

Vaikų, sergančių lėtinėmis
neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso
organizavimo tvarkos aprašo
2 priedas

(Individualaus vaiko, sergančio cukriniu diabetu, savirūpos plano forma)

ŠIAULIŲ PETRO AVIŽONIO UGDYMO CENTRAS

INDIVIDUALUS VAIKO, SERGANČIO CUKRINIŲ DIABETU, SAVIRŪPOS PLANAS

1. DUOMENYS APIE VAIKĄ (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Vardas ir pavardė		
Gimimo data		
Gyvenamosios vietos adresas		
Grupė		
Plano sudarymo data		
Plano koregavimo data		
2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI (pildo vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai))		
<i>Pirmas kontaktas</i>		
Vardas ir pavardė		
Giminystės ryšys		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Antras kontaktas</i>		
Vardas ir pavardė		
Giminystės ryšys		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ CENTRE, KONTAKTAI (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
<i>Pirmas asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		
Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Antras asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		

Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Trečias asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		
Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
4. INFORMACIJA APIE VAIKO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų) (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Diagnozė		
Tarptautinis ligos kodas		
Gydytojo išvados		
Gydytojo rekomendacijos		
Paskirti vaistai		
Vaistų naudojimo instrukcija (<i>kartai per dieną, tikslus laikas</i>)		
Galimos vartojamų vaistų alerginės reakcijos		
Galimi vartojamų vaistų šalutiniai poveikiai		
5. INFORMACIJA APIE VAIKO SVEIKATĄ (pildo vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai))		
Diabeto tipas (pažymėkite)	☐ I tipas ☐ II tipas	
Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:</i>		
Alergijos (išvardinkite):		
Jūsų vaikas serga cukriniu diabetu ir gydomas (<i>tinkamą (-us) variantą (-us) pažymėkite</i>):	☐ Insulino injekcijomis kiekvieno valgymo metu ☐ Insulino injekcijomis – pompa ☐ Keliomis insulino injekcijomis per dieną (injekcijos įstaigoje nereikalingos) ☐ Kita (<i>išvardinkite</i>):	

Ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis įstaigoje?	☐ Taip ☐ Ne Jeigu taip , koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti?		
Ar vaikui reikia matuoti gliukozės kiekį kraujyje įstaigoje?	☐ Taip ☐ Ne Jeigu taip , įvardinkite, kas yra svarbu matuojant gliukozės kiekį kraujyje:		
Ar reikalinga vaikui vartoti įstaigoje insuliną?	☐ Taip ☐ Ne 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
Insulinas turi būti laikomas:			
Ar gali vaikui ugdymosi proceso metu įstaigoje pasireikšti cukrinio diabeto paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	☐ Taip ☐ Ne		
Jeigu taip , užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie ligos paūmėjimo būklės (-ių) atpažinimo simptomus ir taikytinas neatidėliotinas pagalbos priemones joms pasireiškus.			
☐ HIPOGLIKEMIJA (būklė kai gliukozės kiekis kraujyje mažiau nei ... mmol/l)			
Kokie yra hipoglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?			
Kas išprovokuoja hipoglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite)	☐ trauma, skausmas ☐ infekcinė liga, ypač su aukšta temperatūra ☐ vėmimas ☐ praleisti valgymai ☐ užsitęsęs fizinis krūvis ☐ didelis emocinis stresas ☐ kita (išvardinkite):		
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?			
☐ HIPERGLIKEMIJA (būklė kai gliukozės kiekis kraujyje daugiau nei ... mmol/l)			
Kokie yra hiperglikemijos simptomai būdingi jūsų vaikui?			

Kas išprovokuoja hiperglikemiją jūsų vaikui? (pažymėkite)	☐ insulino deficitas, dėl neadekvačios insulino terapijos (nesusileidus insulino 12–24 valandas, taip pat tada, kai staiga padidėja insulino poreikis. ☐ insulino deficitas, dėl insulino pompos gedimo (kateterio mechaninio suspaudimo, atsijungimo, nepastebėto adatos iškritimo); ☐ ūminės infekcijos, padidinančios insulino poreikį (pneumonija, šlapimo takų infekcija, gastroenteritas ir kitos); ☐ ūmios sunkios kitų organų ligos, traumos; ☐ vaistai; ☐ kita (išvardinkite):
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?	
Ar reikalinga vaiko sveikatos būklės stebėseną įstaigoje?	☐ Taip ☐ Ne Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę.
Kokia vaiko sveikatos būklės stebėjimo priemonė turi būti taikoma įstaigoje?	
Kada ją reikia taikyti?	
Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)?	
Kokie pagalbos veiksmai turi būti atlikti vykdant šią vaiko būklės stebėsenos priemonę?	
Ar reikalinga pagalba vaikui valgymų įstaigoje metu?	☐ Taip ☐ Ne Jeigu taip, įvardinkite:
Vaiko sveikatos būklės įtaka ugdymo(si) procesui	
Vaiko sveikatos būklės įtaka veiklai už ugdymo įstaigos ribų (išvykų, kelionių ir kt.)	
Fizinio aktyvumo toleravimas	
Pedagogų veiksmai, galintys padėti vaikui	
Specialistų (VSS, soc. pedagogo ir kt.) veiksmai, galintys padėti vaikui	

6. ĮSTAIGOS DARBUOTOJŲ MOKYMAI (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Reikalingi mokymai		
Įstaigos darbuotojai, kuriems reikalingi mokymai		
Mokymuose dalyvavę įstaigos darbuotojai		
<i>Mokymų data</i>	<i>Darbuotojo vardas ir pavardė</i>	<i>Darbuotojo parašas</i>
7. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Atliekos		
Atliekų laikymo tara		
Atliekų šalinimo periodiškumas, diena(os)		
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš įstaigos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti		
8. TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) SUTIKIMAS		
Sutinku, kad šiame plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo Centre poreikius. Suprantu ir sutinku, kad informacija bus dalijamasi su Centro darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme. Įsipareigoju nedelsiant informuoti Centrą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio plano įgyvendinimui. Susipažinau su individualiu vaiko savirūpos planu. Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarančių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu. Aš sutinku, kad: ☐ mano vaikui reikalingus vartoti Centre vaistus administruotų Centro darbuotojai pagal Centro nustatytą tvarką (vaistų laikymas, išdavimas, naudojimas). ☐ Centras bus atsakingas 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 esu susipažinęs su Centro man pateiktu Centro vaikų, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso organizavimo tvarkos aprašu.		
Vaiko tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė, parašas		

9. ĮSTAIGOS DARBUOTOJAI	
Įstaigos įgalioto asmens, darbuotojų, dalyvausiančių savirūpos plano	
Įstaigos VSS vardas, pavardė, parašas	
Įstaigos direktoriaus vardas, pavardė, parašas	

Vaikų, sergančių lėtinėmis
neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso
organizavimo tvarkos aprašo
3 priedas

(Individualaus vaiko, sergančio bronchų astma, savirūpos plano forma)

ŠIAULIŲ PETRO AVIŽONIO UGDYMO CENTRAS

INDIVIDUALUS VAIKO, SERGANČIO BRONCHŲ ASTMA, SAVIRŪPOS PLANAS

1. DUOMENYS APIE VAIKĄ (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Vardas ir pavardė		
Gimimo data		
Gyvenamosios vietos adresas		
Grupė		
Plano sudarymo data		
Plano koregavimo data		
2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI (pildo vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai))		
<i>Pirmas kontaktas</i>		
Vardas ir pavardė		
Giminystės ryšys		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Antras kontaktas</i>		
Vardas ir pavardė		
Giminystės ryšys		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ CENTRE, KONTAKTAI (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
<i>Pirmas asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		
Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Antras asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		

Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Trečias asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		
Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
4. INFORMACIJA APIE VAIKO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų) (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Diagnozė		
Tarptautinis ligos kodas		
Gydytojo išvados		
Gydytojo rekomendacijos		
Paskirti vaistai		
Vaistų naudojimo instrukcija (<i>kartai per dieną, tikslus laikas</i>)		
Galimos vartojamų vaistų alerginės reakcijos		
Galimi vartojamų vaistų šalutiniai poveikiai		
5. INFORMACIJA APIE VAIKO SVEIKATĄ (pildo vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai))		
Kokia jūsų vaikui nustatytos bronchų astmos kilmė? (pažymėkite)	☐ Alerginė ☐ Nealerginė	
Kokio pobūdžio bronchų astmos simptomai būdingi jūsų vaikui? (pažymėkite)	☐ Priepuoliniai ☐ Pastovūs ☐ Sezoniniai ☐ Visus metus ☐ Cikliniai	
Kokio sunkumo bronchų astma nustatyta jūsų vaikui? (pažymėkite)	☐ Intermituojanti (protarpinė) ☐ Lengva persistuojanti ☐ Vidutinio sunkumo persistuojanti ☐ Sunki persistuojanti	

Sveikatos būklės apibūdinimas: Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:					
Alergijos <i>(išvardinkite):</i>					
Ar vaikas reguliariai vartoja vaistus už įstaigos ribų?	☐ Taip ☐ Ne				
Jeigu taip , ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis įstaigoje ugdymo proceso metu?	☐ Taip ☐ Ne Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti:				
Ar reikalinga vaikui vartoti vaistus įstaigoje?	☐ Taip ☐ Ne 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.					
Vaisto pavadinimas	Dozė	Vartojimo būdas	Vartojimo laikas/ dažnis	Vaisto galiojimo laikas IKI	Vaisto naudojimo administravimas
Vaistai turi būti laikomi:					
Ar gali vaikui ugdymosi proceso metu įstaigoje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	☐ Taip ☐ Ne				
Jeigu taip , užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie ligos paūmėjimo būklės (-ių) atpažinimo simptomus ir taikytinas neatidėliotinas pagalbos priemones joms pasireiškus.					
Kokie bronchų astmos paūmėjimo simptomai dažniausiai būdingi jūsų vaikui? <i>(pažymėkite)</i>	☐ švokštimas (švilpimas) ☐ dusulys ☐ kosulys (sausas ar produktyvus) ☐ sunkumo (veržimo) jutimas krūtinėje ☐ kita <i>(išvardinkite):</i>				

Kas išprovokuoja bronchų astmos paūmėjimą jūsų vaikui? (<i>pažymėkite</i>)	☐ namų dulkių erkių alergenai ☐ tarakonų alergenai ☐ patalpų teršalai ☐ žiedadulkės ☐ sportas/ fizinė veikla ☐ peršalimas/ gripas ☐ gyvūnų alergenai ☐ patalpų pelėsiai ☐ vaistai ☐ stresas ☐ oro sąlygos ☐ oro tarša (tabako dūmai) ☐ kita (<i>išvardinkite</i>):
Ar jūsų vaikas pasako, kai jam reikalingi medikamentai?	☐ Taip ☐ Ne
Ar jūsų vaikui reikalinga pagalba vartojant (įkvepiant) vaistus?	☐ Taip ☐ Ne
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?	
Ar reikalinga vaiko sveikatos būklės stebėseną įstaigoje?	☐ Taip ☐ Ne Jeigu taip, užpildykite žemiau pateiktą lentelę.
Kokios vaiko sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos įstaigoje?	
Kada jas reikia taikyti?	
Ar reikalinga pagalba vaikui valgymų įstaigoje metu?	☐ Taip ☐ Ne Jeigu taip, įvardinkite:
Vaiko sveikatos būklės įtaka ugdymo(si) procesui	
Vaiko sveikatos būklės įtaka veiklai už ugdymo įstaigos ribų (<i>išvykų, kelionių ir kt.</i>)	
Fizinio aktyvumo toleravimas	
Pedagogų veiksmai, galintys padėti vaikui	

Specialistų (VSS, soc. pedagogo ir kt.) veiksmas, galintys padėti vaikui		
6. ĮSTAIGOS DARBUOTOJŲ MOKYMAI (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Reikalingi mokymai		
Įstaigos darbuotojai, kuriems reikalingi mokymai		
Mokymuose dalyvavę įstaigos darbuotojai		
<i>Mokymų data</i>	<i>Darbuotojo vardas ir pavardė</i>	<i>Darbuotojo parašas</i>
7. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Atliekos		
Atliekų laikymo tara		
Atliekų šalinimo periodiškumas, diena(os)		
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš įstaigos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti		
8. TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) SUTIKIMAS		
Sutinku, kad šiame plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo Centre poreikius. Suprantu ir sutinku, kad informacija bus dalijamasi su Centro darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme. Įsipareigoju nedelsiant informuoti Centrą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio plano įgyvendinimui. Susipažinau su individualiu vaiko savirūpos planu. Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarančių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu. Aš sutinku, kad: ☐ mano vaikui reikalingus vartoti Centre vaistus administruotų Centro darbuotojai pagal Centro nustatytą tvarką (vaistų laikymas, išdavimas, naudojimas). ☐ Centras bus atsakingas 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 esu susipažinęs su Centro man pateiktu Centro vaikų, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso organizavimo tvarkos aprašu.		

Vaiko tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė, parašas	
9. ĮSTAIGOS DARBUOTOJAI	
Įstaigos įgalioto asmens, darbuotojų, dalyvaujančių savirūpos plano	
Įstaigos VSS vardas, pavardė, parašas	
Įstaigos direktoriaus vardas, pavardė, parašas	

Vaikų, sergančių lėtinėmis
neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso
organizavimo tvarkos aprašo
4 priedas

(Individualaus vaiko, sergančio dermatitu, savirūpos plano forma)

ŠIAULIŲ PETRO AVIŽONIO UGDYMO CENTRAS

INDIVIDUALUS VAIKO, SERGANČIO DERMATITU, SAVIRŪPOS PLANAS

1. DUOMENYS APIE VAIKĄ (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Vardas ir pavardė		
Gimimo data		
Gyvenamosios vietos adresas		
Grupė		
Plano sudarymo data		
Plano koregavimo data		
2. ŠEIMOS NARIŲ KONTAKTAI (pildo vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai))		
<i>Pirmas kontaktas</i>		
Vardas ir pavardė		
Giminystės ryšys		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Antras kontaktas</i>		
Vardas ir pavardė		
Giminystės ryšys		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ CENTRE, KONTAKTAI (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
<i>Pirmas asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		
Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Antras asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		

Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
<i>Trečias asmuo</i>		
Vardas ir pavardė		
Pareigos		
Darbo grafikas		
Telefono Nr.	asmeninis	
	darbo	
El. pašto adresas		
4. INFORMACIJA APIE VAIKO SVEIKATĄ (iš medicininių dokumentų) (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Diagnozė		
Tarptautinis ligos kodas		
Gydytojo išvados		
Gydytojo rekomendacijos		
Paskirti vaistai		
Vaistų naudojimo instrukcija (<i>kartai per dieną, tikslus laikas</i>)		
Galimos vartojamų vaistų alerginės reakcijos		
Galimi vartojamų vaistų šalutiniai poveikiai		
5. INFORMACIJA APIE VAIKO SVEIKATĄ (pildo vaiko tėvai (globėjai, rūpintojai))		
Koks jūsų vaikui nustatyto dermatito tipas? (pažymėkite)	☐ Atopinis dermatitas ☐ Kontaktinis dermatitas ☐ Seborėjinis dermatitas	
Sveikatos būklės apibūdinimas: <i>Pateikite trumpą sveikatos būklės (-ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius, simptomus:</i>		

Kokie bendri simptomai būdingi jūsų vaikui? <i>(pažymėkite)</i>	☐ intensyvus niežėjimas; ☐ miego sutrikimai; ☐ paryškėjęs odos piešinys; ☐ nuo kasymo atsiradusios stigmos (atsivėrę žaizdos); ☐ gali pakisti tuštinimasis – viduriavimas, vidurių užkietėjimas; ☐ riebi, patinusi oda; ☐ baltos arba gelsvos pleiskanos; ☐ pilvo skausmai; ☐ pilvo pūtimas; ☐ kita <i>(išvardinkite)</i> :				
Alergijos <i>(nurodykite):</i>	☐ namų dulkių erkių alergenai; ☐ maisto alergenai; ☐ patalpų teršalai; ☐ žiedadulkės; ☐ gyvūnų alergenai; ☐ patalpų pelėsiai; ☐ vaistai; ☐ stresas; ☐ oro sąlygos; ☐ oro tarša; ☐ kita <i>(išvardinkite)</i> :				
Ar vaikas reguliariai vartoja vaistus už įstaigos ribų?	☐ Taip ☐ Ne				
Jeigu taip , ar gali pasireikšti vaistų šalutinis poveikis įstaigoje ugdymo proceso metu?	☐ Taip ☐ Ne Jeigu taip, nurodykite koks vaistų šalutinis poveikis gali pasireikšti:				
Ar reikalinga vaikui vartoti vaistus įstaigoje?	☐ Taip ☐ Ne 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.					
Vaisto pavadinimas	Dozė	Vartojimo būdas	Vartojimo laikas/ dažnis	Vaisto galiojimo laikas IKI	Vaisto naudojimo administravimas
Vaistai turi būti laikomi:					

Ar gali vaikui ugdymosi proceso metu įstaigoje pasireikšti ligos paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas vaistų vartojimas ar kitokia pagalba?	☐ Taip ☐ Ne
Jeigu taip , užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie ligos paūmėjimo būklės (-ių) atpažinimo simptomus ir taikytinas neatidėliotinas pagalbos priemones joms pasireiškus.	
Kokie yra (dermatito, egzemos) paūmėjimo būklės simptomai būdingi jūsų vaikui? (<i>išvardinkite</i>)	
Kas išprovokuoja dermatito (egzemos) paūmėjimo būklę jūsų vaikui? (<i>išvardinkite</i>)	
Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis?	
Ar reikalinga vaiko sveikatos būklės stebėseną įstaigoje?	☐ Taip ☐ Ne Jeigu taip , užpildykite žemiau pateiktą lentelę.
Kokios vaiko sveikatos būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos įstaigoje?	
Kada jas reikia taikyti?	
Ar reikalinga pagalba vaikui valgymų įstaigoje metu?	☐ Taip ☐ Ne Jeigu taip , įvardinkite, kokia pagalba yra reikalinga:
Vaiko sveikatos būklės įtaka ugdymo(si) procesui	
Vaiko sveikatos būklės įtaka veiklai už ugdymo įstaigos ribų (<i>išvykų, kelionių ir kt.</i>)	
Ar reikalinga kokia nors speciali pagalba vaikui fizinio aktyvumo metu?	☐ Taip ☐ Ne
Jeigu taip , užpildykite žemiau pateiktą lentelę, nurodydami reikalingus atlikti pagalbos veiksmus	
Pagalbos veiksmai prieš fizinio ugdymo/plaukimo užsiėmimus (ar lankymąsi baseine)	

Pagalbos veiksmai po fizinio ugdymo/plaukimo užsiėmimų (ar lankymosi baseine)		
Pedagogų veiksmai, galintys padėti vaikui		
Specialistų (VSS, soc. pedagogo ir kt.) veiksmai, galintys padėti vaikui		
6. ĮSTAIGOS DARBUOTOJŲ MOKYMAI (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Reikalingi mokymai		
Įstaigos darbuotojai, kuriems reikalingi mokymai		
Mokymuose dalyvavę įstaigos darbuotojai		
<i>Mokymų data</i>	<i>Darbuotojo vardas ir pavardė</i>	<i>Darbuotojo parašas</i>
7. ATLIEKŲ, SUSIDARANČIŲ ORGANIZUOJANT SAVIRŪPĄ, ŠALINIMAS (pildo ugdymo įstaigos įgaliotas asmuo)		
Atliekos		
Atliekų laikymo tara		
Atliekų šalinimo periodiškumas, diena(os)		
Savaitės diena ir laikas, kada tėvai pasiima atliekas iš įstaigos, įsipareigodami jas saugiai pašalinti		
8. TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) SUTIKIMAS		
Sutinku, kad šiame plane pateikta informacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaiko savirūpai organizavimo Centro poreikius. Suprantu ir sutinku, kad informacija bus dalijamasi su Centro darbuotojais, dalyvaujanciais pagalbos mano vaiko savirūpai procese ir ugdyme. Įsipareigoju nedelsiant informuoti Centrą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio plano įgyvendinimui. Susipažinau su individualiu vaiko savirūpos planu. Įsipareigoju pasirūpinti atliekų, susidarančių organizuojant mano vaiko savirūpą, pašalinimu. Aš sutinku, kad: ☐ mano vaikui reikalingus vartoti Centre vaistus administruotų Centro darbuotojai pagal Centro nustatytą tvarką (vaistų laikymas, išdavimas, naudojimas). ☐ Centras bus atsakingas 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 esu susipažinęs su Centro man pateiktu Centro vaikų, sergančių lėtinėmis neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso organizavimo tvarkos aprašu.		

Vaiko tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė, parašas	
9. ĮSTAIGOS DARBUOTOJAI	
Įstaigos įgalioto asmens, darbuotojų, dalyvausiančių savirūpos plano	
Įstaigos VSS vardas, pavardė, parašas	
Įstaigos direktoriaus vardas, pavardė, parašas	

(Individualų savirūpos planą įgyvendinančių darbuotojų pasižadėjimo forma)

PASIŽADĖJIMAS

**SAUGOTI PETRO AVIŽONIO UGDYMO CENTRE TVARKOMŲ VAIKŲ IR JŲ
TĖVŲ (GLOBĖJŲ, RŪPINTOJŲ) ASMENS IR KITŲ DUOMENŲ PASLAPTĮ,
LAIKYTIS DUOMENŲ SAUGOS REIKALAVIMŲ**

(data) (registracijos numeris)

(sudarymo vieta)

1. Aš suprantu, kad:
 - 1.1. savo darbe susipažinsiu su konfidencialia informacija, kuri negali būti atskleista ar perduota neįgaliotiems asmenims ar institucijoms;
 - 1.2. draudžiama sudaryti sąlygas neįgaliotiems asmenims susipažinti su tokia informacija;
 - 1.3. netinkamas asmens duomenų tvarkymas gali užtraukti atsakomybę pagal Lietuvos Respublikos ir Europos Sąjungos teisės aktus.
2. Man išaiškinta, kad konfidencialią informaciją pagal šį pasižadėjimą sudaro:
 - 2.1. asmens duomenys, suprantami, kaip apibrėžti 2016 m. balandžio 27 d. Europos Parlamento ir Tarybos reglamente (ES) 2016/679 dėl fizinių asmenų apsaugos tvarkant asmens duomenis ir dėl laisvo tokių duomenų judėjimo ir kuriuo panaikinama Direktyva 95/46/EB (Bendrasis duomenų apsaugos reglamentas);
 - 2.2. informacija, kurią darbo metu patikėta tvarkyti ar naudotis, išskyrus, kai tokią informaciją teikti įpareigoja teisės aktai ar kompetentingos institucijos.
3. Aš įsipareigoju:
 - 3.1. saugoti konfidencialią informaciją;
 - 3.2. tvarkyti konfidencialią informaciją vadovaudamasis Lietuvos Respublikos įstatymais ir kitais teisės aktais;
 - 3.3. neatskleisti, neperduoti ir nesudaryti sąlygų įvairiomis priemonėmis susipažinti su tvarkoma informacija nė vienam asmeniui, kuris nėra įgaliotas naudotis šia informacija;
 - 3.4. pranešti savo tiesioginiam vadovui arba asmeniui, atsakingam už informacijos saugumą, apie bet kokius bandymus sužinoti man patikėtą konfidencialią informaciją ir apie bet kokią situaciją, kuri gali kelti grėsmę informacijos saugumui;
 - 3.5. pasibaigus darbo santykiams ar pasikeitus pareigoms, toliau saugoti darbo metu sužinotą konfidencialią informaciją.

(pareigos)

(parašas)

(vardas ir pavardė)

(data)

Vaikų, sergančių lėtinėmis
neinfekcinėmis ligomis, savirūpos proceso
organizavimo tvarkos aprašo
6 priedas

Vaistų išdavimo vaikams registracijos žurnalo forma

Nr.	Vaiko			Data	Vaistų pavadinimas	Dozė	Išdavimo laikas	Vartojimo būdas	Vaistus išdavė			
	Pavardė	Vardas	Gim. data						Vardas	Pavardė	Pareigos	Parašas
