

## **PROCEDURA POSTĘPOWANIA Z UCZNIEM PRZEWLEKLE CHORYM**

Opracowana dla ..... ucznia klasy .....

Szkoły Podstawowej/ Branżowej Szkoły I Stopnia/ Szkoły Przystosowanej do Pracy

1. Uczeń choruje na chorobę przewlekłą  
.....
2. Jest to choroba przewlekła potwierdzona przez  
lekarza.....  
dnia .....
3. Objawy choroby:
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
4. Stosowane leki:
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
  - d) .....
5. Zalecenia dla pracowników szkoły (podczas zajęć organizowanych przez szkołę):
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
  - d) .....
6. Działania zabronione wobec ucznia (podczas zajęć organizowanych przez szkołę):
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
7. Ograniczenia dla ucznia związane z chorobą:
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
8. Zalecenia w sytuacji zaostrzenia objawów lub ataku choroby:
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....
9. Działania zabronione w przypadku zaostrzenia objawów lub ataków choroby:
  - a) .....

- b) .....
  - c) .....
10. Pierwsza pomoc udzielana uczniowi w szkole polega na:
- a) .....
  - b) .....
  - c) .....
11. W sytuacji zagrożenia zdrowia szkoła niezwłocznie informuje i wzywa:
- a) rodziców/prawnych opiekunów ucznia (imię, nazwisko, adres, tel. kontaktowy).....  
.....
  - b) lekarza prowadzącego (imię, nazwisko, adres, tel. kontaktowy)  
.....
  - c) pogotowie ratunkowe - w przypadku gdy rodzic nie może bezzwłocznie odebrać dziecka ze szkoły lub gdy jest to konieczne w ocenie pracowników szkoły.
12. Wszyscy pracownicy szkoły są zobowiązani do bezwzględnego stosowania, a rodzice do respektowania ustaleń i natychmiastowego informowania o konieczności zmian w procedurze wynikających ze zmian w stanie zdrowia ucznia.

.....  
(miejsowość i data )

.....  
(podpis rodziców)

.....  
(podpis dyrektora szkoły)

Załącznik NR 2 do Procedur postępowania z dzieckiem  
chorym i przewlekle chorym w Specjalnym Ośrodku  
Szkolno-Wychowawczym w Świebodzinie

## **OŚWIADCZENIE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW**

Wyrażam zgodę na wezwanie karetki pogotowia ratunkowego do mojego dziecka w razie zagrożenia życia lub zdrowia oraz w razie konieczności zabrania córki /syna do szpitala.

.....  
(data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

Załącznik NR 3 do Procedur postępowania z dzieckiem  
chorym i przewlekle chorym w Specjalnym Ośrodku  
Szkolno-Wychowawczym w Świebodzinie

**ZGODA NAUCZYCIELA LUB PRACOWNIKA PLACÓWKI NA  
PODAWANIE LEKÓW/ ŚRODKÓW LECZNICZYCH DZIECKU  
Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

Ja, niżej podpisany

.....

wyrażam zgodę na podawanie dziecku

.....

( Imię i nazwisko dziecka)

leku/ środka leczniczego

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

(Dawka, nazwa leku/ środka leczniczego , częstotliwości podawania/ godzina , okres leczenia )

Oświadczam, że zostałam/em poinstruowana/ny o sposobie podawania leku/ środka  
leczniczego.

.....  
(data, czytelny podpis nauczyciela/ pracownika placówki)

## **UPOWAŻNIENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH DO PODAWANIA LEKÓW/ ŚRODKÓW LECZNICZYCH DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

Ja, niżej podpisany (a)

.....

(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Upoważniam nauczyciela / wychowawcę grup wychowawczych

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

(Imię i nazwisko nauczyciela/ wychowawcy grup wychowawczych)

do podawania mojemu dziecku

.....

(imię i nazwisko dziecka)

leku / środka leczniczego

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

(Nazwa leku/środka leczniczego , dawka , częstotliwość podawania, okres leczenia)

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

.....  
(data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

