

Procedura dotycząca podawania na terenie szkoły leków uczniom z chorobą przewlekłą

1. Podawanie leków dzieciom z chorobą przewlekłą może się odbywać wyłącznie po dostarczeniu przez rodziców/prawnych opiekunów zlecenia lekarskiego na podawanie leku zawierającego informacje o tym, na jaką chorobę dziecko cierpi, jakie leki zażywa w tym sposób dawkowania leku.
2. Każde podanie leku odbywa się na podstawie pisemnego upoważnienia rodziców (załącznik nr 1).
3. W czasie nieobecności pielęgniarki, gdy stan zdrowia dziecka wymaga podania leku, może to uczynić nauczyciel lub wychowawca, jeżeli zostanie poinstruowany w tym zakresie.
4. Osoby przyjmujące zadanie podawania leków, muszą wyrazić na to zgodę w formie pisemnej (załącznik nr 2).
5. W przypadku innych problemów zdrowotnych zgłaszanych przez dziecko, należy zawiadomić rodziców/prawnych opiekunów, a ci są zobowiązani do niezwłocznego odebrania dziecka ze szkoły i zapewnienia mu opieki medycznej.
6. W przypadku gdy rodzice/prawni opiekunowie nie są w stanie sami odebrać dziecka ze szkoły, mogą upoważnić do tego inną osobę.
7. W sytuacji nagłego pogorszenia się stanu zdrowia dziecka, wzywane jest pogotowie ratunkowe, a o zaistniałej sytuacji informowani są rodzice/prawni opiekunowie i dyrektor szkoły.
8. Do czasu przybycia pogotowia ratunkowego i rodziców/prawnych opiekunów, uczeń pozostaje pod opieką pielęgniarki szkolnej, a w razie jej nieobecności, pod opieką pedagoga/psychologa szkolnego lub dyrektora.

**UPOWAŻNIENIE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW
NA PODAWANIE 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 podawania leku.

.....
/imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka/

**ZGODA NAUCZYCIELA/PRACOWNIKA PLACÓWKI
NA PODAWANIE LEKÓW
DZIECKU Z CHOROBAŁ PRZEWLEKŁĄ**

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.

.....
/imię, nazwisko nauczyciela/pracownika placówki/