

Szkolny Kodeks Praw Ucznia z Chorobami Przewlekłymi w Liceum Ogólnokształcącym im. Joachima Lelewela w Żelechowie

§ 1. DZIECKO PRZEWLEKLE CHORE

Choroba przewlekła to proces patologiczny trwający ponad 4 tygodnie, cechujący się brakiem nasilonych objawów chorobowych. Długotrwała choroba i częste hospitalizacje mogą okresowo uniemożliwić choremu dziecku przebywanie w grupie rówieśników, a także zaspokojenie wielu potrzeb psychicznych, fizycznych i społecznych. Przeciwdziałanie niekorzystnym skutkom choroby przewlekłej, polega na budowaniu nowej koncepcji życia z chorobą i pomimo choroby. 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. Dlatego częste chwalenie go, dostrzeganie i eksponowanie jego osiągnięć oraz nagradzanie jest jednym ze sposobów pomagania mu w pokonywaniu poczucia bezradności.

Ważne jest również uczenie dziecka nowych umiejętności – zarówno tych przydatnych w pokonywaniu trudności związanych z chorowaniem, jak i tych, które otworzą dla niego nowe, wolne od ograniczeń pola aktywności. Szkoła jest miejscem, gdzie chore dziecko może się uczyć, 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. Bardzo ważne jest przekazanie nauczycielom informacji o wpływie choroby dziecka na jego funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne.

Niektóre leki mogą działać pobudzająco a inne usypiająco. Może to mieć wpływ na zachowanie się dziecka lub możliwość efektywnego uczenia się. Wzajemne kontakty pomiędzy szkołą i rodzicami powinny być stałe i systematyczne, oparte na zaufaniu, a także spokojnej, wzajemnej wymianie informacji oraz współpracy i zrozumieniu.

W sytuacji, gdy w szkole jest uczeń przewlekle chory:

§ 2. SZKOŁA POWINNA

1. Zapewnić opiekę i wychowania odpowiednie do wieku i osiągniętego rozwoju ucznia (art. 1 pkt 1 ustawy Prawo Oświatowe).
2. Dostosować treści, metody i organizację nauczania do możliwości psychofizycznych ucznia (art. 1 pkt 5 ww. ustawy).
3. Umożliwić korzystanie z pomocy psychologiczno-pedagogicznej i specjalnych form pracy dydaktycznej (art.1 pkt 5 ww. ustawy oraz § 2 ust. 2 pkt 8 rozporządzenia MEN z 9 sierpnia 2017 r. w sprawie zasad organizacji i udzielania pomocy psychologiczno-pedagogicznej w publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach),
4. Zapewnić możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i opieki dostosowanej do stanu zdrowia ucznia realizowanej przez pielęgniarkę w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole (art. 103 ust. 1 pkt 4 ww. ustawy oraz art. 3,6,20 i 21 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami),
5. Ustalić sposób sprawowania opieki nad dzieckiem przewlekle chorym oraz postępowania w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia (art. 98 ust. 1 pkt 4 i 7 i art. 102 ust. 1 pkt 3,5 i 12 UPO oraz § 2 rozporządzenia MENiS z 31 grudnia 2002 r.).

§ 3. ZADANIA RODZICA

1. W przypadku ucznia rozpoczynającego naukę w szkole rodzic najpóźniej do dnia rozpoczęcia roku szkolnego powinien dostarczyć wychowawcy informacje o stanie zdrowia dziecka przewlekle chorego, objawach choroby, zagrożeniach zdrowotnych, przyjmowanych lekach i ich wpływie na organizm.
2. Jeśli choroba zostanie zdiagnozowana podczas uczęszczania do szkoły, rodzic powinien niezwłocznie poinformować o tym fakcie wychowawcę.
3. Rodzic jest zobowiązany do stałej współpracy z wychowawcą.

§ 4 ZADANIA WYCHOWAWCY I NAUCZYCIELI

1. Indywidualne zasady postępowania z dzieckiem przewlekle chorym są opracowywane przez zespół, w którego skład wchodzi: wychowawca, pielęgniarka szkolna, rodzic ucznia (*załącznik nr 1*).

2. Zasady postępowania określają:

a) metody reagowania w sytuacji wystąpienia objawów choroby,

b) formy pracy z uczniem dostosowane do specyfiki choroby,

c) formy współpracy z rodzicami ucznia.

3. Ustalenia zespołu są przekazywane wszystkim nauczycielom i pracownikom szkoły, wraz z zobowiązaniem do ich stosowania.

4. Nauczyciele i specjaliści pracujący z uczniem są zobowiązani 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 wychowawca/nauczyciel niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców lub prawnych opiekunów.

6. W stanach nagłych, gdy stan dziecka nagle się pogorszy i wymagana jest pomoc lekarska nauczyciele zobowiązani są do podjęcia działań przedmedycznych oraz wezwanie karetki pogotowia ratunkowego. Jednocześnie obowiązkiem tych osób jest powiadomienie rodziców, prawnych opiekunów o zaistniałej sytuacji.

§ 5. ZADANIA DYREKTORA

1. Dyrektor szkoły na podstawie informacji i ustaleń zespołu organizuje szkolenie rady pedagogicznej i pracowników w zakresie postępowania z chorym dzieckiem na co dzień oraz w sytuacji zaostrzenia objawów czy ataku choroby.

2. Dyrektor w przypadku nasilenia choroby u dziecka niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców/prawnych opiekunów ucznia.

§ 6. SPOSOBY POMOCY UCZNIOWI PRZEWLEKLE CHOREMU MOŻLIWE DO ZREALIZOWANIA NA TERENIE SZKOŁY

1. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

2. Pomoc w pokonywaniu trudności, uczenie samodzielności oraz nowych umiejętności.
3. Budowanie dobrego klimatu i przyjaznych relacji klasowych.
4. Traktowanie chorego dziecka jako pełnoprawnego członka klasy.
5. Uwrażliwienie dzieci zdrowych na potrzeby i przeżycia dziecka chorego.
6. Uwrażliwienie dziecka chorego na potrzeby i przeżycia innych.
7. Motywowanie do kontaktów i współdziałania z innymi dziećmi.
8. Motywowanie do aktywności i rozwoju zainteresowań.
9. Dostarczanie wielu możliwości do działania i osiągnięcia sukcesów.
10. Pomoc w nadrobieniu zaległości szkolnych.
11. Rozmowy o uczuciach i trudnych sprawach.

§ 7. OSOBY Z KWALIFIKACJAMI DO PROFESJONALNEJ OPIEKI NAD UCZNIEM PRZEWLEKLE CHORYM

1. Profesjonalną opiekę medyczną na terenie szkoły mogą zapewnić tylko osoby legitymujące się odpowiednimi kwalifikacjami, czyli pielęgniarka lub higienistka szkolna.
2. Pielęgniarka szkolna sprawuje opiekę nad uczniami z chorobami przewlekłymi, w tym realizuje świadczenia pielęgniarskie wyłącznie na podstawie zalecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń.
3. W czasie nieobecności pielęgniarki w szkole, gdy stan zdrowia dziecka wymaga podawania leku lub wykonania innych czynności – mogą je wykonywać inne osoby. Może to być np. nauczyciel, jeżeli odbył przeszkolenie w tym zakresie, a także wyraził na to zgodę. Dotyczy to takich sytuacji jak np. kontrola poziomu cukru we krwi czy podanie leku drogą wziewną.

§ 8. PODAWANIE UCZNIOM LEKÓW NA TERENIE SZKOŁY

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:

a) 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,

b) choroby przewlekłe – kiedy występuje konieczność stałego podawania leków (*do szkoły powinna być dostarczona przez rodziców / prawnych opiekunów informacja, na jaką chorobę cierpi dziecko, 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*).

3. 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, czynności te mogą wykonywać również inne osoby w tym: samo dziecko, rodzic, nauczyciel, jeżeli zostały poinstruowane w tym zakresie.

4. Osoby przyjmujące zadanie muszą wyrazić na to zgodę, zaś posiadanie wykształcenia medycznego nie jest wymogiem koniecznym. Delegowanie przez rodziców / prawnych opiekunów 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 / prawnymi opiekunami dziecka przewlekle chorego a pracownikiem szkoły.

5. 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.

§ 9. PROCEDURA PODAWANIA LEKÓW DZIECIOM PRZEZ NAUCZYCIELI

1. Każde podanie leków w placówce w szczególnie uzasadnionych przypadkach (dziecko przewlekłe chore) odbywa się na pisemne upoważnienie rodziców (*załącznik nr 2*).
2. Rodzice / prawni opiekunowie 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 3*).
4. W przypadku zachorowania dziecka na terenie placówki powiadamia się o tym rodziców / prawnych opiekunów dziecka, a rodzice / prawni opiekunowie są zobowiązani do niezwłocznego odebrania dziecka z placówki i zapewnienia mu opieki medycznej.
5. W przypadku gdy rodzice / prawni opiekunowie nie są w stanie odebrać osobiście dziecka z placówki, mogą upoważnić pisemnie inną osobę.
6. W sytuacji nagłego pogorszenia się stanu zdrowia dziecka wzywane jest pogotowie ratunkowe, a o zaistniałym zdarzeniu informowani są rodzice / prawni opiekunowie i dyrektor placówki.
7. Dziecko do czasu przybycia pogotowia ratunkowego i przybycia rodziców / prawnych opiekunów pozostaje pod opieką pielęgniarki szkolnej, a pod jej nieobecność pod opieką nauczyciela.

§ 10. ASTMA OSKRZELOWA

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 zwiększenia skłonności do reagowania skurczem na różne bodźce i pojawieniu się objawów choroby.
2. Objawy: podstawowym objawem jest duszność – uczucie braku powietrza spowodowane trudnościami w jego swobodnym przechodzeniu przez zwężone drogi oddechowe. Pojawia się świszczący oddech. Częstym objawem astmy oskrzelowej jest kaszel – suchy, napadowy, bardzo męczący.
3. Nakazy:
 - a) częste wietrzenie sal lekcyjnych;

b) dziecko, które ma objawy po wysiłku, powinno przed lekcją wychowania fizycznego przyjąć dodatkowy lek;

c) ćwiczenia fizyczne należy zaczynać od rozgrzewki;

d) w przypadku wystąpienia u dziecka objawów duszności należy przerwać wykonywanie wysiłku i pozwolić dziecku zażyć środek rozkurczowy.

4. Zakazy:

a) chorzy uczniowie nie powinni uczestniczyć w pracach porządkowych. W okresie pylenia roślin dzieci z pyłkowicą nie mogą ćwiczyć na wolnym powietrzu oraz nie powinny uczestniczyć w planowanych wycieczkach poza miasto;

5. Ograniczenia:

a) uczeń z astmą może okresowo wymagać ograniczenia aktywności fizycznej i dostosowania ćwiczeń do stanu zdrowia;

b) dziecko uczulone na pokarmy powinno mieć adnotacje od rodziców, co może jeść w sytuacji które mogą wywołać pojawienie się objawów uczulenia.

6. Obszary dozwolone i wskazane dla dziecka:

a) dzieci chore na astmę powinny uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego – wysportowane dziecko lepiej znosi okresy zaostrzeń choroby;

b) uczeń z astmą nie powinien być trwale eliminowany z zajęć wychowania fizycznego;

c) dzieci z astmą mogą uprawiać biegi krótkie, a także gry zespołowe;

d) dzieci z astmą mogą uprawiać gimnastykę i pływanie;

e) dzieci z astmą mogą uprawiać większość sportów zimowych.

§ 11. CUKRZYCA

1. Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią (wysoki poziom glukozy we krwi – większy niż 250 mg%). Obecnie w Polsce wśród dzieci i młodzieży dominuje cukrzyca typu 1 – ten typ cukrzycy ma podłoże genetyczne i autoimmunologiczne.

Cukrzyca nie jest chorobą zakaźną, nie można się nią zarazić przez kontakt z osobą chorą. Najczęstsze objawy to wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu i chudnięcie.

2. Choroba ta nie powinna ograniczać jakiegokolwiek funkcjonowania ucznia, wymaga tylko 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, dają przyjemność i satysfakcję. Jedynym problemem przy wykonywaniu wysiłku fizycznego u dzieci z cukrzycą jest ryzyko związane z wystąpieniem hipoglikemii (niedocukrzenie – stężenie glukozy we krwi mniejsze niż 60 mg%)

3. Do działań w zakresie samokontroli należą: badanie krwi i moczu, zapisywanie wyników badań, prawidłowa interpretacja badań, prawidłowe komponowanie posiłków, prawidłowe i bezpieczne wykonywanie wysiłku fizycznego, obserwacja objawów jakie pojawiają się przy hiperglikemii i hipoglikemii.

4. Objawy hipoglikemii – niedocukrzenia:

- a) bladość skóry, nadmierna potliwość, drżenie rąk
- b) ból głowy, ból brzucha
- c) szybkie bicie serca
- d) osłabienie, zmęczenie
- e) problemy z koncentracją, zapamiętywaniem, niemożność skupienia się
- f) chwiejność emocjonalna
- g) nietypowe dla dziecka zachowanie/nagła zmiana nastroju
- h) napady agresji lub wesołkowatości
- i) ziewanie/senność
- j) zaburzenia mowy, widzenia i równowagi
- k) zmiana charakteru pisma
- l) nielogiczne odpowiedzi na zadawane pytania
- ł) utrudniony kontakt ucznia z otoczeniem
- m) utrata przytomności (śpiączka): drgawki – wskazanie do podania dawki Glukagonu.

5. POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII LEKKIEJ – dziecko jest przytomne, w pełnym kontakcie, współpracuje z nami, spełnia polecenia ; należy

- a) Sprawdzić poziom glukozy we krwi, potwierdzając niedocukrzenie.

b) Podać węglowodany proste (sok owocowy, coca-cola, cukier spożywczy rozpuszczony w wodzie lub herbacie, glukoza w tabletkach, płynny miód).

c) NIE WOLNO zastępować węglowodanów prostych słodyczami zawierającymi tłuszcze, jak np. czekolada, ponieważ utrudniają one wchłanianie glukozy z przewodu pokarmowego).

d) Ponownie oznaczyć glikemię po 10-15 minutach.

e) Jeśli wartości glikemii podnoszą się, można dziecku podać kanapkę (węglowodany złożone) lub przyspieszyć spożycie planowanego na później posiłku oraz ograniczyć aktywność fizyczną.

6. POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII ŚREDNIO-CIEŻKIEJ – dziecko ma częściowe zaburzenia świadomości, pozostaje w ograniczonym kontakcie z nami, potrzebuje bezwzględnej pomocy, należy:

a) Sprawdzić poziom glukozy we krwi, potwierdzając niedocukrzenie.

b) Jeśli istnieje pewność, że dziecko może połykać – należy podać dziecku do picia płyn o dużym stężeniu cukru, np. glukoza w żelu, glukoza w tabletkach, 3-5 kostek cukru rozpuszczone w 1/4 szklanki wody, coca-cola z zawartością cukru, sok owocowy.

c) Jeśli dziecko nie może połykać – postępować tak jak w przypadku hipoglikemii ciężkiej.

7. POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII CIĘŻKIEJ – dziecko jest nieprzytomne, nie ma z nim kontaktu, nie reaguje na żadne bodźce, może mieć drgawki. Dziecku, które jest nieprzytomne NIE WOLNO podawać niczego do picia ani do jedzenia do ust !!!, należy:

a) Ułożyć dziecko w pozycji bocznej ustalonej.

b) Wstrzyknąć domięśniowo glukagon (zastrzyk z glukagonem może podać pielęgniarka szkolna lub nauczyciel/pracownik szkoły, ponieważ jest to zastrzyk ratujący życie).

c) Wezwać pogotowie ratunkowe.

d) Skontaktować się z rodzicami.

e) 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).

U dzieci leczonych pompą:

- a) Zatrzymać pompę.
- b) Potwierdzić hipoglikemię:
 - c) jeżeli dziecko jest przytomne podać węglowodany proste,
 - d) odczekać 10-15 minut i zbadać ponownie poziom glukozy we krwi, jeżeli nie ma poprawy podawaj ponownie cukry proste,
 - e) jeżeli objawy ustąpią i kontrolny pomiar glikemii wskazuje podnoszenie się stężenia glukozy, włącz pompę i podawaj kanapkę lub inne węglowodany złożone,
 - f) jeżeli dziecko jest nieprzytomne lub ma drgawki położyć je w pozycji bezpiecznej i wezwać pogotowie ratunkowe,
 - g) skontaktować się z rodzicami dziecka.

8. OBJAWY HIPERGLIKEMII

- a) wzmożone pragnienie, potrzeba częstego oddawania moczu
- b) rozdrażnienie, zaburzenia koncentracji
- c) złe samopoczucie, osłabienie, przygnębienie, apatia. Jeżeli do ww. objawów dołączają: ból głowy, ból brzucha, nudności i wymioty, ciężki oddech – może to świadczyć o rozwoju kwasicy cukrzycowej. Należy wtedy bezzwłocznie:
 - zbadać poziom glukozy,
 - skontaktować się z rodzicami lub wezwać pogotowie,

9. POSTĘPOWANIE PRZY HIPERGLIKEMII

- Sprawdzamy poziom glukozy we krwi, potwierdzając hiperglikemię.
- Zalecamy podanie insuliny. Jeśli poziom glukozy we krwi wynosi więcej niż 250-500 mg% uczeń powinien przyjąć dodatkową dawkę insuliny (tzw. dawkę korekcyjną w celu obniżenia zbyt wysokiego poziomu glukozy).
- W razie stwierdzenia hiperglikemii dziecko nie powinno jeść, dopóki poziom glikemii nie obniży się.
- Po epizodzie hiperglikemii nie zostawiamy ucznia samego.

- Jeśli występują wymioty – natychmiast wzywamy pogotowie ratunkowe.
- Kontaktujemy się z rodzicami ucznia.

10. Każdemu uczniowi z cukrzycą typu 1 należy zapewnić w szkole:

- a) Możliwość zmierzenia poziomu glukozy na glukometrze w dowolnym momencie -także w trakcie lekcji.
- b) Możliwość podania insuliny.
- c) Możliwość zmiany zestawu infuzyjnego w przypadku leczenia osobistą pompą insulinową w odpowiednich warunkach zapewniających bezpieczeństwo i dyskrecję.
- d) Właściwe leczenie niedocukrzenia zgodnie ze schematem ustalonym z pielęgniarką szkolną i rodzicami ucznia.
- e) Możliwość spożycia posiłków o określonej godzinie, a jeśli istnieje taka potrzeba, nawet w trakcie trwania lekcji.
- f) Możliwość zaspokojenia pragnienia czy uzupełnienia węglowodanów oraz korzystania z toalety, także w czasie trwania zajęć lekcyjnych.
- g) Możliwość uczestniczenia w pełnym zakresie w zajęciach wychowania fizycznego oraz różnych zajęciach pozaszkolnych, np. wycieczkach turystycznych, zielonych szkołach.
- h) Zapewnienie uczniowi odpowiedniego miejsca do przechowywania wszelkich środków i akcesoriów niezbędnych do prowadzenia cukrzycy.
- i) Umożliwienie natychmiastowego kontaktu ucznia z rodzicem, gdy zachodzi taka potrzeba.
- j) Umożliwienie uczniowi nadrobienia zaległości partii materiału spowodowanych wizytą w Poradni Diabetologicznej, złym samopoczuciem.
- k) Umożliwienie uczniowi przesunięcie terminu pisania wszelkich sprawdzianów, gdy poziom cukru jest zbyt niski lub zbyt wysoki.

§ 11 PADACZKA

1. Padaczką określamy skłonność do występowania nawracających, nie prowokowanych napadów. Napadem padaczkowym potocznie nazywamy napadowe 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 pierwotnie uogólnione oraz napady częściowe (zlokalizowane).

2. Napady pierwotnie uogólnione:

a) napady nieświadomości – najczęściej kilkusekundowa utrata kontaktu z otoczeniem.

Napadom atypowym nieświadomości mogą towarzyszyć: mruganie lub ruchy o niewielkim zakresie w obrębie ust;

b) napady atoniczne – napad spowodowany nagłym i krótkotrwałym obniżeniem napięcia mięśniowego w określonych grupach mięśni;

c) napady toniczne – występują głównie u małych dzieci zazwyczaj podczas zasypiania lub budzenia – charakteryzuje się nagłym, symetrycznym wzrostem napięcia mięśni w obrębie kończyn i tułowia;

d) napady toniczno-kloniczne - w fazie fonicznej 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;

e) napady kloniczne – napady głównie u niemowląt i małych dzieci, częściej w przebiegu gorączki, cechują je symetryczne skurcze mięśni kończyn występujące seriami;

f) napady miokloniczne – charakteryzują się gwałtownymi synchronicznymi skurczami mięśni szyi, obręczy barkowej, ramion i ud przy względnie zachowanej świadomości chorego.

3. Napady częściowe:

a) napady częściowe z objawami prostymi – świadomość w czasie napadów jest na ogół zachowana, zwykle napady dotyczą określonej okolicy np. ręki lub ust;

b) 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 typów 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 leku;

c) napady częściowe wtórnie uogólnione – rozpoczynają 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).

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

5. W RAZIE WYSTĄPIENIA NAPADU NALEŻY:

- a) przede wszystkim zachować spokój;
- b) ułożyć dziecko w bezpiecznym miejscu w pozycji bezpiecznej, na boku;
- c) zabezpieczyć dziecko przed możliwością urazu w czasie napadu – zdjąć okulary, usunąć z ust ciała obce, podłożyć coś miękkiego pod głowę;
- d) asekurować w czasie napadu i pozostać z dzieckiem do odzyskania pełnej świadomości.

6. NIE WOLNO:

- a) podnosić dziecka;
- b) krępować jego ruchów;
- c) wkładać czegokolwiek między zęby lub do ust.

7. 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. Dzieci chore na padaczkę narażone są na wyższy poziom stresu

wynikający z obawy przed napadem i komentarzami, stąd też częściej występują u nich cechy 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 zajęć ruchowych w grupie rówieśników. Należy jedynie dbać o to, aby nie dopuszczać do nadmiernego obciążenia fizycznego i psychicznego. Gdy zdarzą się napady, dziecko powinno mieć zapewnioną opiekę w drodze do i ze szkoły.

**INDYWIDUALNA 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 zaostrzenia objawów lub ataku choroby należy:

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

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

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

8. Pierwsza pomoc udzielana uczniowi w szkole polega na:

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

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

a) rodziców ucznia

.....
(imię i nazwisko, tel. komórkowy)

.....
(imię i nazwisko, tel. komórkowy)

b) inną osobę

.....
(imię i nazwisko, tel. komórkowy)

.....
(imię i nazwisko, tel. komórkowy)

c) pogotowie ratunkowe – w przypadku, gdy rodzic/opiekun prawny nie może bezzwłocznie odebrać dziecka ze szkoły w celu udzielenia mu pomocy medycznej.

10. Inne istotne informacje

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

.....

Czytelny podpis matki/ opiekunki prawnej

.....

czytelny podpis ojca /opiekuna prawnego

.....

Czytelny podpis wychowawcy klasy

.....

Pieczczęć i podpis dyrektora szkoły

Żelechów, dnia

**ZGODA NAUCZYCIELA / PRACOWNIKA
NA PODAWANIE LEKU DZIECKU PRZEWLEKLE CHOREMU**

Ja, niżej podpisana/y:

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

wyrażam zgodę na podawanie dziecku:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

leku:

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

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

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

.....
(czytelny podpis nauczyciela/pracownika)

Żelechów, dn.

Przyjęłam / przyjąłem do wiadomości:

.....
(czytelny podpis matki/opiekunki prawnej)

.....
(czytelny podpis ojca/opiekuna prawnego)