16 PROCEDURA PODAWANIA NA TERENIE SZKOŁY LEKÓW UCZNIOWI Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ

Opracowano: 26.08.2020 r.

1. Podawanie leków uczniowi z chorobą przewlekłą na terenie szkoły**,** kiedy występuje taka konieczność, powinno być poprzedzone dostarczeniem do wychowawcy klasy od rodziców/ opiekunów prawnych ucznia:
   a) informacji, jakie leki zażywa zgodnie ze zleceniem lekarza, w tym nazwa leku i sposób dawkowania,
   b) zlecenia lekarskiego na podawanie leku,
   c) pisemnego upoważnienia dla pielęgniarki/wychowawcy klasy/nauczyciela/pedagoga szkolnego/dyrektora szkoły do podawania leku (załącznik nr 1 do procedury). Wymóg ten dotyczy także uczniów pełnoletnich.
2. Osoby przyjmujące zadanie, muszą wyrazić na to pisemną zgodę (załącznik nr 2 do procedury).
3. W sytuacji nagłego pogorszenia się stanu zdrowia ucznia z chorobą przewlekłą nauczyciel/wychowawca klasy/pedagog szkolny/dyrektor szkoły niezwłocznie powiadamia o zaistniałym zdarzeniu rodziców/opiekunów prawnych ucznia i wzywa pogotowie ratunkowe.
4. Uczeń do czasu przybycia pogotowia ratunkowego i przybycia rodziców/ opiekunów prawnych pozostaje pod opieką wyznaczonego przez dyrektora szkoły nauczyciela/pracownika niepedagogicznego szkoły.
5. Poza przypadkiem podawania leków uczniowi z chorobą przewlekłą, nauczyciele nie mogą uczniom podawać leków w innych sytuacjach, np. leków przeciwbólowych, syropów, witamin, antybiotyków, itp.

Załącznik 1
do procedury podawania leków
uczniowi z chorobą przewlekłą
na terenie szkoły

UPOWAŻNIENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH
DO PODAWANIA LEKÓW
UCZNIOWI Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ

Ja, niżej podpisany/a ….....

….....
/imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia/

upoważniam Panią/Pana ….....
/imię, nazwisko nauczyciela/osoby uprawnionej/

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.

.....
data /imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia/

Załącznik 2
do procedury podawania leków
uczniowi z chorobą przewlekłą
na terenie szkoły

ZGODA NAUCZYCIELA/OSOBY UPRAWNIONEJ
NA PODAWANIE LEKÓW
UCZNIOWI Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ

Ja, niżej podpisany/a ….....

….....
/imię, nazwisko nauczyciela/osoby uprawnionej/

wyrażam zgodę na podawanie uczniowi .....
/imię, nazwisko ucznia/

leku
….....

….....

….....

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

….....
data /imię, nazwisko nauczyciela/osoby uprawnionej/

Oświadczam, że zostałam poinstruowany/a o sposobie podania leku/wykonania czynności medycznej.

….....
data /imię, nazwisko nauczyciela/osoby uprawnionej/