Załącznik nr. 10

**Oświadczenie ucznia i rodzica dotyczące znajomości obowiązków**

**związanych z chorobą ucznia**.

W związku z obecnością w szkole ucznia ..................................................., chorego na cukrzycę zapoznano ucznia i Jego rodziców z obowiązkami jakie na nich ciążą. Nauczyciel i pracownicy niepedagogiczni wykonują obowiązki opiekuńcze podczas pobytu dziecka w szkole, pełniąc jedynie rolę wspierającą proces leczenia.

Odpowiedzialność za prawidłowe leczenie spoczywa głównie na rodzicach i zespole leczącym dziecko.

Oświadczam, że dostarczę wszelkie potrzebne zaświadczenia zapisane poniżej.

Zadania rodzica:

Zgodnie z zaleceniami z MEN oraz informacjami zawartymi w broszurze dla nauczycieli „One są wśród nas”, rodzic powinien przedłożyć szkole następujące informacje i dokumenty:

1. Zlecenie lekarskie na podanie leków.
2. Zaświadczenie lekarskie, w którym muszą być zawarte następujące informacje:
* -rozpoznanie choroby przewlekłej,
* -opinia na temat możliwości uczęszczania dziecka do szkoły ogólnodostępnej,
* -informacje dla wychowawcy dotyczące postępowania z dzieckiem i konieczności realizacji
* wskazanych stałych zleceń w czasie pobytu dziecka w placówce,
* -informacje dotyczące rodzaju koniecznych działań w razie wystąpienia nasilenia objawów
* choroby, ewentualne ograniczenia i zalecenia dotyczące udziału dziecka w zajęciach.
1. Udzielenie pisemnej informacji na temat rodzaju stosowanej insulinoterapii, używanych preparatów insulinowych oraz stosowanych dodatkowych węglowodanów szybkowchłanialnych w przypadku hipoglikemii (niedocukrzenia).
2. Udzielenie pisemnej informacji dotyczącej posiłków w szkole
3. Dostarczenie informacji na temat postępowania w przypadku podjęcia wysiłku fizycznego
4. Dostarczenie pisemnej informacji na temat zalecanych wartości glikemii przed posiłkiem, przed i w trakcie wysiłku fizycznego.
5. Udzielenie informacji na temat ewentualnie występujących współistniejących chorób.
6. Zapewnienie szkole wyposażenia niezbędnego do prawidłowej opieki (glukometr, pen,
7. glukagon, odpowiednie napoje, jeśli możliwe, to telefon komórkowy dla dziecka,
8. odpowiednie środki stosowane w przypadku niskich cukrów itp.).
9. Dostarczenie numerów telefonów rodziców, Poradni Diabetologicznej oraz numeru
10. lekarza prowadzącego ..............................................................

………………………………..

 Podpis rodzica

**Zadania dziecka chorego:**

1. Umiejętność zbadania glikemii, podania insuliny samodzielnie lub pod nadzorem rodzica lub higienistki szkolnej.
2. Umiejętność kontaktu z rodzicem w przypadku sytuacji wymagających interwencji rodzica.
3. Nadrobienie zaległości w nauce powstałych w wyniku absencji i złego samopoczucia oraz wizyt u lekarza.
4. Informowanie nauczycieli o konieczności wykonania czynności uzależnionych od typu zajęć, posiłku oraz poziomu cukru.
5. Codzienne badanie poziomu cukru po 2 godzinie lekcyjnej (godzina 9:40) u higienistki szkolnej. Ponowne badanie przed i po wysiłku fizycznym.
6. Każde badanie i jego wskazanie należy odnotować w dzienniczku.

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

Podpis rodzica i ucznia

**Oświadczenie rodzica zawierające podstawowe dane dotyczące choroby ucznia**

1.Imię i nazwisko ucznia:

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

2.Rozpoznana choroba przewlekła:

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

3.Czy dziecko może uczęszczać do szkoły ogólnodostępnej? :

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

4.Rodzaj stosowanej insulinoterapii:

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

5.Jakie posiłki powinien jeść uczeń w szkole:

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

6.W jakich godzinach uczeń powinien badać poziom cukru?

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

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

7. Jaka jest zalecana wartość glikemii przed posiłkiem ?

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

8. Jaka jest zalecana wartość glikemii po posiłku ?

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

9. Jaka jest zalecana wartość glikemii przed wysiłkiem i w trakcie?

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

10. Czy uczeń jest chory na inne choroby? Jeśli tak, to jakie?

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

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

11. Numer telefonu do rodziców:

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

12. Numer telefonu do Poradni Diabetologicznej lub lekarza prowadzącego

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

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

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

13. Czy zapewniono szkole wyposażenie niezbędne do prawidłowej opieki

-glukometr, pen, glukagon, odpowiednie napoje, telefon komórkowy dla dziecka, odpowiednie środki

stosowane w przypadku niskich cukrów?

TAK NIE

14. Czy uczeń może uczestniczyć w zajęciach wychowania fizycznego?

TAK NIE

15.Stałe zalecenia dla ucznia, o których powinien wiedzieć nauczyciel, wychowawca,

higienistka szkolna:

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

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

16. Czy uczeń jest przeszkolony w badaniu poziomu cukru?

TAK NIE

17. Czy uczeń wie jakie dawki insuliny powinien sobie podawać?

TAK NIE

……………………………

Podpis rodzica