**PROBLEMINIO MEDIJŲ NAUDOJIMO PREVENCIJOS**

**METODINIS VADOVAS IR PRAKTINIS GIDAS**

Skirtas visuomenės sveikatos specialistams,

vykdantiems sveikatos priežiūrą ikimokyklinio ir priešmokyklinio ugdymo įstaigose

**6 Priedas** **- Individualus vaiko PMN prevencijos PLANAS**

Individualus vaiko PMN prevencijos planas (toliau – PLANAS) yra susitarimas tarp vaiko tėvų (globėjų, rūpintojų), ikimokyklinio, priešmokyklinio ugdymo įstaigos (toliau – Ugdymo įstaigos), VS specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Ugdymo įstaigoje, kuriame nurodomi konkretūs pagalbos vaikui, dienos režimo poreikiai ir reikiama pagalba ugdymosi proceso metu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. VAIKO DUOMENYS | | |
|  | Vardas ir pavardė: |  |
| Gimimo data: |  |
| Amžius: |  |
| Ugdymo įstaiga: |  |
| Grupė/klasė: |  |
| Ugdymo įstaigos adresas: | *Gatvė, namo nr.* |  |
| *Miestas/ rajonas* |  |
| *Pašto kodas* |  |
| Gyvenamosios vietos adresas: | *Gatvė, namo nr.* |  |
| *Miestas/ rajonas* |  |
| *Pašto kodas* |  |
| PLANO sudarymo data |  | |
| PLANO peržiūros data |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. TĖVŲ (GLOBĖJŲ) KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
| **Pirmas kontaktas –**  Vardas ir pavardė: |  | |
| Giminystės (globos) ryšys: |  | |
| Telefono numeris: | *Mobilus:* |  |
| *Darbo:* |  |
| Elektroninio pašto adresas: |  | |
| **Antras kontaktas –**  Vardas ir pavardė: |  | |
| Giminystės (globos) ryšys: |  | |
| Telefono numeris: | *Mobilus:* |  |
| *Darbo:* |  |
| Elektroninio pašto adresas: |  | |

***Pastaba****: Esant poreikiui, pateikiama informacija ir apie kitus kontaktinius asmenis.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. PAGRINDINIŲ ASMENŲ, DALYVAUJANČIŲ ĮGYVENDINANT PLANĄ UGDYMO ĮSTAIGOJE, KONTAKTINĖ INFORMACIJA | | |
| Visuomenės sveikatos specialistas: | *Vardas ir pavardė:* |  |
| *Kontaktinė informacija:* | *Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:* |
| *Darbo grafikas Ugdymo įstaigoje:* |  |
| *Sveikatos kabineto* *vieta Ugdymo įstaigoje:* | *Pvz., 1 aukštas, 107 kab.* |
| Grupės/ auklėtojas (-ai): | *Vardas ir pavardė:* |  |
| *Kontaktinė informacija:* | *Telefono numeris: Elektroninio pašto adresas:* |
| *Darbo grafikas mokykloje:* |  |
| Kiti svarbūs asmenys: | ... | ... |
| Muzika ir kt. | ... |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4. PAGRINDINĖ INFORMACIJA APIE MOKINIO SVEIKATĄ | |
| **Ligos pavadinimas** *(įrašykite)* | **Vaikas serga\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(įrašyti, jeigu turi lėtinių neinfekcinių ligų, bet tam nereikalingas Savirūpos planas)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Ūmios būklės apibūdinimas:** *Pateikite trumpą ūmios būklės (- ių) aprašymą, įvardindami pasireiškiančius požymius,*  *simptomus:* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. RIZIKOS VEIKSNIAI | | |
| Ar vaikui reikalinga nusiraminimo vieta? | Taip | ☐ |
| Ne | ☐ |
| *Jeigu* ***taip****, nurodykite kokia.*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| **Jeigu taip**, taip pat užpildykite žemiau pateiktą lentelę apie rizikos veiksnius, sukeliančius ūmią būklę, pvz., ilgas laikas prie ekrano, ekranų naudojimas valgant… | | |
| **Rizikos veiksniai:**   1. … 2. … 3. …   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. GALINČIOS PASIREIKŠTI BŪKLĖS IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS | | |
| Ar gali vaikui ugdymosi proceso metu Ugdymo įstaigoje pasireikšti paūmėjimo būklė (-ės), kai reikalingas papildomas nusiraminimas ar kitokia pagalba? | Taip | ☐ |
| Ne | ☐ |

**Jeigu taip,** užpildykite žemiau pateiktą lentelę (-es) apie ligos paūmėjimo būklės (-ių) atpažinimo simptomus ir taikytinas neatidėliotinas pagalbos priemones joms pasireiškus. Kiekvienai paūmėjimo būklei apibūdinti užpildykite atskirą lentelę.

|  |  |
| --- | --- |
| 6.1. BŪKLĖS PAŪMĖJIMO SIMPTOMAI IR PAGALBOS VEIKSMAI JOMS IŠTIKUS | |
| Kokie yra būdingi paūmėjimo simptomai jūsų vaikui? | *Detaliai aprašykite simptomus ir kaip šią būklę atpažinti:* |
| Kas išprovokuoja ligos paūmėjimą jūsų vaikui? *(pažymėkite)* | * Skaitmeninio įrenginio atėmimas * Draudimas naudoti medijas valgant * Draudimas ilgai žaisti medijose * Taisyklės * Didelis emocinis stresas * Miego trūkumas * Alkis * Kita *(išvardinkite): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*   *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Kokių pagalbos veiksmų reikia imtis? | *Pateikiami konkretūs reikalingos pagalbos veiksmai:* |
| Kokia tolimesnių veiksmų seka? | *Pvz., poilsis ir pan.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7. UGDYTINIO PMN BŪKLĖS STEBĖSENA | | |
| Ar reikalinga mokinio būklės stebėsena Ugdymo įstaigoje? | Taip | ☐ |
| Ne | ☐ |

**Jeigu taip,** užpildykite žemiau pateiktą lentelę kiekvienai taikytinai mokinio būklės stebėsenos priemonei atskirai, aprašydami taikymo laiką, būdą.

|  |  |
| --- | --- |
| Kokios vaiko PMN būklės stebėjimo priemonės turi būti taikomos Ugdymo įstaigoje? |  |
| Kada jas reikia taikyti? | 󠇣 Prieš valgį  󠇣 Prieš fizines veiklas  󠇣 Kai vaikas jaučiasi blogai  󠇣 Kita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ar tam reikia kokios nors įrangos (prietaisų)? | 󠇣 Taip  󠇣 Ne (įrašykite): |
| Jeigu taip, įrašykite kokių: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8. PAGALBA VAIKUI VALGYMŲ METU | | |
| Ar reikalinga pagalba mokiniui valgymų Ugdymo įstaigoje metu? | Taip | ☐ |
| Ne | ☐ |

**Jeigu taip,** užpildykite žemiau pateiktą lentelę, nurodydami, kokia pagalba yra reikalinga, kada ir kaip ji turi būti suteikta.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kokia pagalba yra reikalinga? | *Pvz., pagal specialistų rekomendacijas (įrašyti kokias?)* | | |
| Kada ir kaip pagalba turi būti teikiama? | *Pvz., turėtų valgyti vienas.* | | |
| 9. FIZINIS AKTYVUMAS | | | |
| Ar reikalinga kokia nors speciali pagalba mokinio fizinio aktyvumo metu? | | Taip | ☐ |
| Ne | ☐ |
| **Jeigu taip,** išvardinkite: | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10. POVEIKIS VAIKO UGDYMOSI, SOCIALINIAMS IR PSICHOLOGINIAMS POREIKIAMS | | |
| Ar vaiko PMN ūmi būklė (-ės) gali turėti įtakos mokinio ugdymuisi? | Taip | ☐ |
| Ne | ☐ |

**Jeigu taip,** užpildykite žemiau pateiktą lentelę, apibūdindami galimą mokinio sveikatos būklės poveikį mokymuisi ir reikalingą pagalbą.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kaip vaiko PMN ūmi būklė gali paveikti ugdymą (-si)? (išvardinkite) | | *Pvz., negali susikaupti, dėmesio stoka, mieguistumas ir pan.* | |
| Ar vaikui gali būti poreikis išeiti iš grupės užsiėmimų metu? | | Taip ☐  Ne ☐ | |
| Ar vaikui reikalingos papildomos poilsio pertraukėlės? | | Taip ☐  Ne ☐ | |
| Ar vaikui reikalinga emocinė (psichologinė) pagalba? | | Taip ☐  Ne ☐ | |
| Kokia kita pagalba mokiniui yra reikalinga? | | *Nurodykite* | |
| 11. IŠVYKOS IR VEIKLOS UŽ MOKYKLOS RIBŲ | | | |
| Kokia pagalba (gali būti) reikalinga? | |  | |
| Kada reikia suteikti pagalbą? | | * *Kai vaikas jaučiasi blogai arba prašo pagalbos* * *Kita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| Kas bus atsakingas už pagalbą mokiniui išvykų ir veiklų už mokyklos ribų metu? | |  | |
| 12. UGDYMO ĮSTAIGOS PERSONALO MOKYMAS  *Vaiko pagalbos Plano organizavimo procese dalyvausiantys Ugdymo įstaigos darbuotojai turi būti apmokyti teikti pagalbą vaikui ūmios PMN būklės metu.* | | | |
| Kokie mokymai yra reikalingi? |  | | |
| Kas turi būti apmokyti? |  | | |
| Mokymuose dalyvavusių asmenų vardas ir pavardė: | Mokymų data: | | Parašas: |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| 13. MOKYKLOS FIZINĖ APLINKA | | | |
| Ar gali Ugdymo įstaigos fizinė aplinka įtakoti mokinio sveikatos būklę? | | Taip ☐  Ne ☐ | |
| Kokie Ugdymo įstaigos fizinės aplinkos veiksniai gali turėti neigiamą poveikį vaiko būklei? | | * *Miegant neturi būti prietaisų* * *Skaitmeninių įrenginių naudojimas fonui* * *Kita (įrašykite)*   *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |
| Kokių veiksmų reikėtų imtis Ugdymo įstaigai, siekiant sumažinti galimą neigiamą Ugdymo įstaigos aplinkos veiksnių poveikį vaiko būklei? | | * *Ekranai paslėpti ir naudojami tik ugdymui* * *Kita (įrašykite)*   *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | |

Aš sutinku, kad šiame PLANE pateikta infromacija yra tiksli ir atitinka pagalbos mano vaikui dienos režimo poreikius. Aš suprantu ir sutinku, kad šiame SUSITARIME pateikta informacija bus dalijamasi su Ugdymo įstaigos darbuotojais, dalyvaujančiais pagalbos mano vaiko pagalbos procese ir ugdyme mano vaiko sveikatos ir saugos tikslais. Įsipareigoju nedelsiant informuoti Ugdymo įstaigą apie visus pokyčius, galinčius turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

Aš patvirtinu, kad susipažinau su Individualiu vaiko PMN prevencijos planu.

Įsipareigoju pasirūpinti reikalingomis pagalbos priemonėmis, kurios reikalingos organizuojant pagalbą mano vaikui.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tėvų (globėjų, rūpintojų) parašas** | |
| Tėvo (globėjo, rūpintojo) vardas ir pavardė: |  |
| Parašas: |  |

Aš, Ugdymo įstaigos vardu, **sutinku** su šiame PLANE nurodytomis pagalbos vaiko dienos režimo ir pagalbos priemonių teikimo organizavimo priemonėmis, **esu atsakingas** už tai, kad ugdymo įstaiga imtųsi PLANE įvardintų reikiamų veiksmų. **Sutinku** nedelsiant informuoti vaiko tėvus (globėjus, rūpintojus), PLANO vykdytojus bei **peržiūrėti** PLANĄ, jei įvyktų kokių nors pakeitimų, kurie gali turėti įtakos šio PLANO įgyvendinimui.

**Įsipareigoju** paskirti Ugdymo įstaigos darbuotoją (-us), atsakingą (-us) už PLANO ar atskirų PLANO dalių įgyvendinimą.

|  |  |
| --- | --- |
| **Ugdymo įstaigos vadovo arba įgalioto atstovo parašas** | |
| Vardas ir pavardė: |  |
| Pareigos: |  |
| Parašas: |  |

Aš **sutinku** padėti Ugdymo įstaigai įgyvendinti šiame PLANE pateiktas specialistų rekomendacijas šiam mokiniui ir atlikti šiuos, PLANE nurodytus, veiksmus mano darbo Ugdymo įstaigoje grafike nustatytu darbo laiku (išvardinkite):

1. Kontroliuoti PLANO įgyvendinimą

2. Teikti rekomendacijas

3. Koreguoti

4. ...

|  |  |
| --- | --- |
| **Visuomenės sveikatos specialisto, vykdančio visuomenės sveikatos priežiūrą Ugdymo įstaigoje parašas** | |
| Visuomenės sveikatos specialisto vardas ir pavardė: |  |
| Parašas: |  |

PRIE SUSITARIMO PRIDEDAMOS PAPILDOMOS INFORMACIJOS SĄRAŠAS (*jeigu*

*pridedama*):

1. , X lapų.

2. , X lapų.

3. , X lapų.

Individualaus vaiko PMN prevencijos plano

1 priedas

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

(Vardas, Pavardė)

…........………………………………………………………..

(Gyvenamoji vieta, telefonas, el.p.)

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

(Ugdymo įstaigos pavadinimas naudininko linksniu)

**PRAŠYMAS PARENGTI PLANĄ**

20 - -

(Dokumento data)

Kaunas

(Dokumento vieta)

Prašau, mano vaikui (globotiniui) (išbraukti nereikalingą) ..................................................................................................... .......................... gr. ugdytiniui (-ei),

(Vardas, Pavardė)

sudaryti individualus vaiko PMN prevencijos planą.

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

(parašas) (vardas ir pavardė)

Individualaus vaiko PMN prevencijos plano

2 priedas

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

(Vardas, Pavardė)

…........………………………………………………………..

(Gyvenamoji vieta, telefonas, el.p.)

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

(Ugdymo įstaigos pavadinimas naudininko linksniu)

**PRAŠYMAS NESUDARYTI PLANO**

20 - -

(Dokumento data)

Kaunas

(Dokumento vieta)

Prašau, mano vaikui (globotiniui) (išbraukti nereikalingą) ..................................................................................................... .......................... gr. ugdytiniui (-ei),

(Vardas, Pavardė)

Nesudaryti (nebetaikyti) (išbraukti nereikalingą) individualaus vaiko PMN prevencijos plano.

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

(parašas) (vardas ir pavardė)