

GABINET PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ I POMOCY PRZEDLEKARSKIEJ

ul. Młodych Techników 58, 53-645 Wrocław

Nr umowy z DOW NFZ 0113/3102193/01/2020/01

### INFORMACJA KIEROWANA DO WYCHOWAWCÓW KLAS PIERWSZYCH

(Technikum nr 3, Branżowa Szkoła I stopnia nr 3 w ZS nr 18 ul. Mł. Techników 58 we Wrocławiu )

Dzień dobry, zwracam się z prośbą o przekazanie informacji oraz prośby do Rodziców/Opiekunów uczniów klas pierwszych ZS nr 18 we Wrocławiu w roku szkolnym 2020/2021 drogą elektroniczną lub inną.

#### Szanowni Państwo!

W związku ze stanem epidemicznym dotyczącym zagrożenia zakażeniem COVID-19 informuję, że od dnia 01.09.2020r. obowiązują nowe zasady korzystania z Gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej- do zapoznania się na drzwiach Gabinetu.

#### I. Minimalizując ryzyko zakażenia wprowadza się między innymi zasady:

1) Uczeń/Rodzic/każda osoba wchodząca do Gabinetu powinna być w maseczce,

2) po wejściu należy zdezynfekować ręce płynem dezynfekującym,

3) uczeń **nie powinien przychodzić do szkoły/być wysyłany do szkoły przez Rodzica/Opiekuna**, jeżeli źle się czuje rano przed wyjściem, zgłasza Rodzicowi/Opiekunowi objawy np. przeziębienia, kicha, kaszle, odczuwa ból gardła, ma podwyższoną temperaturę pow.37°C-37,5°C lub subiektywnie tak czuje (należy zmierzyć temperaturę ciała termometrem), gdyż temperatura ciała może w następnych godzinach wzrosnąć, inne,

4) pielęgniarka szkolna **przyjmuje** w Gabinecie ( posiada środki ochrony osobistej) **po jednej osobie**, udzielając świadczeń medycznych, dokumentuje wizytę, dezynfekuje sprzęt/klamki, inne przedmioty oraz wietrzy pomieszczenie – **w tym czasie nie może przyjmować więcej osób, ani w trakcie dezynfekcji/wietrzenia pomieszczenia,**

5) pielęgniarka szkolna pracuje we współpracy z Dyrektorem szkoły, stosując się do obowiązujących procedur i zaleceń w szkole.

#### II. Uczniowie klas pierwszych ZS nr 18 zostali poinformowani przez pielęgniarkę szkolną o w/w zasadach oraz poproszeni o dostarczenie KARTY ZDROWIA UCZNIA z poprzedniej szkoły .

Do dnia dzisiejszego niewielu uczniów dostarczyło wspomnianą dokumentację medyczną. Zatem bardzo proszę Rodziców/Opiekunów o dopilnowanie, aby **uczniowie/Rodzice dostarczyli** do Gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wspomnianą KARTĘ ZDROWIA UCZNIA **do dnia 02.10.2020r.**

III. **Bardzo proszę również o kontakt telefoniczny/osobisty Rodziców/Opiekunów nowoprzyjętych uczniów , jeżeli uczniowie chorują na choroby przewlekłe np. astma, cukrzyca, padaczka, alergia, choroby serca, inne, niepełnosprawni, aby pielęgniarka szkolna posiadała wiedzę na temat tych chorób przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych np. pierwszej pomocy.**

Wymagana jest również pisemna **ZGODA** Rodzica/Opiekuna na objęcie wspomnianego ucznia opieką o treści:

Adresat: Świadczeniodawca AKTIVCARE Ewa Czekańska,  
Gabinet profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej  
ul. Młodych Techników 58 , 53-645 Wrocław

„Wyrażam **ZGODĘ** na objęcie profilaktyczną opieką pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania mojego syna/mojej córki.....(imię i nazwisko) klasa.....(nazwa klasy) .....(nazwa Szkoły) w związku z istniejącą chorobą przewlekłą i/lub niepełnosprawnością..... (należy wpisać rodzaj choroby/ niepełnosprawności).

Wyrażam/nie wyrażam(**wskazać prawidłowe**) zgody na udzielanie informacji o stanie zdrowia mojego syna/mojej córki wychowawcy klasy, gronu pedagogicznemu (Dyrektor Szkoły, nauczyciele uczyący, m.in. WF-u pedagog szkolny, psycholog ,inne dodatkowe osoby, jeżeli Rodzic/Opiekun wskaże).

Inne ważne informacje dla pielęgniarki szkolnej.....”

**ZGODA powinna zawierać Nazwisko i imię, adres, telefon kontaktowy do Rodzica/Opiekuna, ewentualnie telefon np. Lekarza leczącego ucznia oraz DATE i podpis Rodzica/Opiekuna**

**IV.** Rodzic/Opiekun ma prawo złożyć pisemny **SPRZECIW** na objęcie profilaktyczną opieką pielęgniarską ucznia (dotyczy świadczeń pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania – umowa z NFZ DOW na takie świadczenia) z wyłączeniem udzielania pierwszej pomocy, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, doradztwa dla Dyrektora Szkoły, innych .Wzór poniżej, adresat j.w:

„Wyrażam **SPRZECIW** na objęcie profilaktyczną opieką pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania mojego syna/mojej córki.....(imię i nazwisko) klasa.....(nazwa klasy) .....(nazwa Szkoły) .

Wyrażam/nie wyrażam zgody (**wskazać prawidłowe**) na udzielanie informacji o stanie zdrowia mojego syna/mojej córki wychowawcy klasy, gronu pedagogicznemu (Dyrektor Szkoły, nauczyciele uczyący, m.in. WF-u pedagog szkolny, psycholog ,inne dodatkowe osoby, jeżeli Rodzic/Opiekun wskaże) np. przy udzielaniu pierwszej pomocy.

**SPRZECIW powinien zawierać również Nazwisko i imię, adres, telefon kontaktowy do Rodzica/Opiekuna np. pilny kontakt w stanie zagrożenia zdrowia i/lub życia ,oraz DATE i podpis Rodzica/Opiekuna**

**V.** W klasie pierwszej szkoły ponadpodstawowej powinny być wykonane testy przesiewowe do profilaktycznych badań lekarskich (pomiar wzrostu, masy ciała, ciśnienia tętniczego, sprawdzenie ostrości wzroku, postawy ciała, obliczenie BMI), a następnie wydanie KART PROFILAKTYCZNEGO BADANIA LEKARSKIEGO – Rodzic /Opiekun wypełnia pkt.1, a następnie należy wykonać badanie lekarskie w POZ u lekarza pierwszego kontaktu. Po badaniu w/w KARTA wypełniona przez lekarza POZ powinna być dostarczona do pielęgniarki szkolnej (dokumentacja medyczna).

W związku z jeszcze występującymi problemami z dostępem do lekarzy POZ oraz brakiem uaktualnionych zaleceń/rekomendacji do wykonywania tzw. Bilansów lekarskich, jak tylko będzie to możliwe pielęgniarka szkolna poinformuje Państwa o terminach realizacji testów przesiewowych (z zachowaniem wszelkich zasad bezpieczeństwa).

**V. Inne ważne informacje dotyczące świadczeń pielęgniarki szkolnej dostępne są na drzwiach Gabinetu.**

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania

mgr Ewa Czekańska

Kierownik NURSE-MED/właściciel AKTIVCARE Ewa Czekańska