

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania : Janina Lisowska Gabinet Profilaktyki Zdrowotnej i Pomocy Przedlekarskiej w szkole czynny codziennie Od 8.00 do 16.00
Telefon do kontaktu: 506 066 922

Na podstawie art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r., poz. 1078) w zw. z art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2019 r., poz. 1373) i wydanym na jego podstawie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2019 r., poz. 736) **świadczeniodawca informuje:**

I. Zakres świadczeń opieki zdrowotnej sprawowanej nad uczniami przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną, obejmuje:

1. wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych w klasach 0 lub I, III ,V ,VII szkół podstawowych, pierwszych oraz ostatnich klas szkół ponadpodstawowych /ponadgimnazjalnych.
2. kierowanie postępowaniem poprzewiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatkimi wynikami testów;
3. czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi;
4. sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole;
5. udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
6. doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole;
7. edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej;
8. prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I-VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku
9. udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

II. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami jest sprawowana w przypadku braku sprzeciwu rodziców albo pełnoletnich uczniów. W przypadku chęci zgłoszenia sprzeciwu, rodzic albo pełnoletni uczeń powinni złożyć wobec świadczeniodawcy oświadczenie zawierające sprzeciw. W tym celu, możliwe jest skorzystanie z wzorca oświadczenia zawierającego sprzeciw, który stanowi załącznik nr 1 do niniejszej informacji (można go pobrać od pielęgniarki w godzinach jej pracy lub w sekretariacie szkoły).

III. Sprawowanie przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi, wymaga pisemnej zgody rodziców albo pełnoletnich uczniów, składanej wobec świadczeniodawcy.

W przypadku wyrażenia zgody na sprawowanie opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi, pielęgniarka albo higienistka szkolna w celu zapewnienia właściwej opieki, współpracuje z rodzicami, pełnoletnimi uczniami, lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej oraz dyrektorem i pracownikami szkoły. Współpraca ta obejmuje wspólne określenie sposobu opieki

nad uczniem, dostosowanego do stanu zdrowia ucznia, w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole. Podawanie leków lub wykonywanie innych czynności przez pracowników szkoły może odbywać się wyłącznie za ich pisemną zgodą.

Wzór zgody na sprawowanie opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi stanowi załącznik nr 2 do niniejszej informacji (można go pobrać od pielęgniarki w godzinach jej pracy lub w sekretariacie szkoły).

IV. Nowi uczniowie (klasy 0, I oraz uczniowie dochodzący do oddziałów) otrzymują oświadczenie z wywiadem pielęgniarskim za pośrednictwem pielęgniarki lub wychowawcy klasy.

V. W załączeniu przedstawiam Państwu celem zapoznania, Opinię zespołu konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie uzyskiwania zgody przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną, na udzielanie świadczeń w środowisku nauczania i wychowania z dnia 16 września 2019 r. (link poniżej)

<https://nipip.pl/opinia-zespołu-konsultantów-w-dziedzinie-pielęgniarstwa-pediatrycznego-w-sprawie-uzyskiwania-zgody-przez-pielęgniarkę-lub-higienistkę-szkolną-na-udzielanie-swiadczeń-w-srodowisku-nauczania-i-wychowan/>

Dane ucznia:

(imię i nazwisko)

(PESEL)

Dane rodzica/ów (przedstawiciela/i ustawowego/ych)*:

1.

2.

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

(opcjonalnie dodatkowe dane pozwalające na identyfikację)

(dane świadczeniodawcy)

SPRZECIW WOBEC SPRAWOWANIA NAD UCZNIEM PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r., poz. 1078) zgłaszam sprzeciw wobec sprawowania przez świadczeniodawcę nad ww. uczniem, profilaktycznej opieki zdrowotnej.

data i podpis/y rodzica/ów (przedstawiciela/i ustawowego/ych) lub ucznia*

- * 1. w przypadku, gdy uczeń jest małoletni lub całkowicie ubezwłasnowolniony, sprzeciw skład w jego imieniu rodzice lub przedstawiciele ustawowi
2. w przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni, sprzeciw składa we własnym imieniu, a pola dotyczące danych rodzica/ów, przedstawiciela/li należy przekreślić

Dane ucznia:

(imię i nazwisko)

(PESEL)

Dane rodzica/ów (przedstawiciela/i ustawowego/ych)*:

1.

2.

(imię i nazwisko)

(adres zamieszkania)

(opcjonalnie dodatkowe dane pozwalające na identyfikację)

dane świadczeniodawcy

**ZGODA NA SPRAWOWANIE OPIEKI NAD UCZNIEM PRZEWKLEKLE CHORYM LUB
NIEPEŁNOSPRAWNYM**

Na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r., poz. 1078; dalej: Ustawa) wyrażam zgodę na sprawowanie przez świadczeniodawcę nad ww. uczniem opieki, o której mowa w art. 20 Ustawy, we współpracy z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, rodzicami lub pełnoletnim uczniem, dyrektorem i pracownikami szkoły, po wspólnym uzgodnieniu sposobu opieki, dostosowanym do stanu zdrowia ucznia, w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole.

data i podpis/y rodzica/ów (przedstawiciela/i ustawowego/ych) lub ucznia*

* 1. w przypadku, gdy uczeń jest małoletni lub całkowicie ubezwłasnowolniony, sprzeciw skład w jego imieniu rodzice lub przedstawiciele ustawowi

2. w przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni, sprzeciw składa we własnym imieniu, a pola dotyczące danych rodzica/ów, przedstawiciela/li należy przekreślić

