# Załącznik do Procedur

## Reagowania w przypadku wystąpienia zagrożeń W zakresie Bezpieczeństwa fizycznEGO I CYFROWEGO UCZNIÓW W XLII LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM IM. IRENY SENDLEROWEJ W ŁODZI

**Spis treści:**

1. Procedury postępowania w przypadku próby samobójstwa, samobójstwa oraz innych zachowań autodestrukcyjnych u uczniów;
2. Procedura postępowania w przypadku podejrzenia, że uczeń jest ofiarą przemocy w rodzinie;
3. Procedury postępowania w przypadku ciąży niepełnoletniej uczennicy;
4. Procedura postępowania w przypadku naruszenia godności osobistej ucznia;
5. Procedury usprawiedliwiania nieobecności uczniów oraz egzekwowania obowiązku szkolnego.
6. Procedura postępowania z dzieckiem przewlekle chorym.

**Podstawy prawne:**

1. [Ustawa z 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz.U. z 2021 r. poz.1082, z 2022 poz. 655, 1079,1116, 1383).](https://www.portaloswiatowy.pl/organizacja-pracy/ustawa-z-dnia-14-grudnia-2016-r.-prawo-oswiatowe-dz.u.-z-2018-r.-poz.-996-13734.html)
2. [Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz.U. z 2021 r. poz. 1249, 2023 r. poz.289, 535, 1606)](https://www.gov.pl/attachment/af6db3ff-f59a-4ca9-8dd2-5448d32702d9).
3. Ustawa z dn. 26.10.1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2023 r. poz. 2151).
4. Ustawa z dn. 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. poz. 111, poz. 535, Dz.U. z 2022 r. poz. 2123, z 2023).
5. Ustawa z dn. 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. z 2022 r. poz. 1700, Dz. U. z 2023 r. poz.289.)
6. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 22 stycznia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i form prowadzenia w szkołach i placówkach systemu oświaty działalności wychowawczej, edukacyjnej, informacyjnej i profilaktycznej w celu przeciwdziałania narkomanii (Dz.U. z 2018 poz. 214).
7. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 6 września 2023 r. w sprawie procedury „Niebieskie Karty” oraz wzorów formularzy „Niebieska Karta” (Dz.U. z 2023 r. poz. 1870).
8. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023 r. poz.1939).
9. Rozporządzenie MENiS z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz.U. z 2020 poz.1604).
10. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 12 sierpnia 2020 r. zmieniające

rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (Dz.U. 2020. 1386).

**1. Procedury postępowania w przypadku próby samobójstwa, samobójstwa oraz innych zachowań autodestrukcyjnych u uczniów**

1. Każdy pracownik XLII LO w Łodzi, ma obowiązek zareagowania na jakikolwiek sygnał o ryzyku zachowania autodestrukcyjnego u ucznia. W przypadku zaobserwowania lub powzięcia informacji o takich sytuacjach, powinien niezwłocznie poinformować o tym dyrektora szkoły.

 2. O wysokim ryzyku zachowań samobójczych świadczyć może wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych czynników:

* mówienie (lub wyrażanie w inny sposób) o poczuciu beznadziejności, bezradności, braku nadziei,
* mówienie wprost lub pośrednio o samobójstwie, pisanie listów pożegnalnych lub testamentu,
* pozbywanie się osobistych i cennych dla ucznia przedmiotów,
* unikanie kontaktów, również z bliskimi kolegami, izolacja, zamykanie się w sobie,
* zaniechanie zajęć, które dotychczas sprawiały uczniowi przyjemność,
* używanie wyrażeń, które mówią o jakimś krańcowym momencie w czasie, wiążą się z końcem, zaprzestaniem, odejściem itp.,
* przejawianie dużych zmian charakteru, nastroju, występowanie nietypowych zachowań,
* zaprzestanie dbałości o wygląd i higienę osobistą lub zmiana innych nawyków zachowania,
* kłopoty ze snem, bezsenność, brak apetytu,
* podejmowanie w przeszłości prób samobójczych,
* przejawianie innych zachowań ryzykownych: okaleczanie się, spożywanie alkoholu, zażywanie narkotyków itp.

 3.

**A. Postępowanie w przypadku powzięcia informacji, że uczeń zamierza popełnić samobójstwo (informacja od samego ucznia, kolegów, rodziny, osób postronnych):**

1. Po zdiagnozowaniu sytuacji zagrożenia zostaje powołany zespół kryzysowy w składzie: wychowawca, dyrektor szkoły, pedagog szkolny/psycholog. Zespół od chwili uzyskania takiej informacji:

a) nie pozostawia ucznia znajdującego w kryzysie samego i próbuje przeprowadzić go w bezpieczne, ustronne miejsce,

b) podejmuje próbę oceny realności zagrożenia (wywiad z osobą przekazującą informację oraz z samym uczniem),

c) informuje o zaistniałej sytuacji i o zagrożeniu rodziców, skierowanie rodziców do specjalistów( w zależności od sytuacji): psychiatry, lekarza ogólnego, psychologa lub do szpitala na ostry dyżur.

d)przekazanie dziecka pod opiekę rodziców lub jeżeli przyczyną zagrożenia jest sytuacja domowa ucznia (zwłaszcza związana z przemocą, alkoholem lub innymi dysfunkcjami) odpowiednim instytucjom (np. policji).

d)uczeń jak najprędzej powinien zostać otoczony opieką pedagoga szkolnego, psychologa lub w zależności od sytuacji również psychoterapeuty.

**B. Postępowanie w przypadku powzięcia informacji, że uczeń podjął próbę samobójczą:**

1. Po uzyskaniu informacji o próbie samobójczej ucznia zostaje powołany zespół kryzysowy w składzie: wychowawca, dyrektor szkoły, pedagog szkolny/psycholog.

Zespół powinien podjąć następujące działania:

a) o próbie samobójczej dyrektor informuje radę pedagogiczną pod rygorem tajemnicy rady pedagogicznej w celu podjęcia wspólnych działań oraz obserwacji zachowania ucznia przez wszystkich nauczycieli,

b) należy dokonać diagnozy ryzyka utrzymywania się zagrożenia ponowienia próby samobójczej i ocenić sytuację pod kątem naśladowania zachowania ucznia przez innych uczniów,

c) należy zaplanować dalszą strategię postępowania w oparciu o zalecenia specjalisty,

d) należy podjąć próbę zmobilizowania rodziny, by udzieliła dziecku wsparcia, otoczyła opieką i zapewniła bezpieczeństwo. Skierowanie rodziców do specjalistów (w zależności od sytuacji): psychologa, psychiatry, psychoterapeuty. Należy przekazać adresy instytucji i ośrodków wspierających rodzinę.

e) jeżeli wystąpi taka konieczność zorganizować w środowisku rówieśniczym ucznia interwencję prowadzoną przez pedagoga szkolnego, psychologa lub inną osobę przeszkoloną w interwencji kryzysowej na terenie szkół w celu prewencji naśladownictwa i pomocy uczniom w odreagowaniu stresu.

**C. Postępowanie w sytuacji śmierci samobójczej dokonanej na terenie szkoły i poza nią:**

W sytuacji śmierci samobójczej dokonanej na terenie szkoły:

1.Dyrektor szkoły niezwłocznie kontaktuje się z :

a) służbami medycznymi,

b) rodzicami,

c) policją, prokuraturą,

d) organem nadzoru pedagogicznego,

e) dyrektor szkoły powiadamia rodziców o wydarzeniu, f) organizuje i udziela pomoc służbom ratowniczym w przypadku ich działań,

g) podejmuje decyzję o dalszej organizacji pracy szkoły w danym dniu,

h) organizuje interwencję grupową dla uczniów i nauczycieli współpracując z instytucjami, które mogą pomóc w zaistniałej sytuacji.

W sytuacji śmierci samobójczej dokonanej poza terenem szkoły:

2) Dyrektor powiadamia nadzór pedagogiczny,

3) organizuje interwencję grupową dla uczniów i nauczycieli współpracując z instytucjami, które mogą pomóc w zaistniałej sytuacji.

Jeżeli w szkole zdarzy się samobójstwo lub inna poważna sytuacja kryzysowa, to niemal z całą pewnością dowiedzą się o tym przedstawiciele mediów – telewizji, radia i prasy. Zadaniem mediów jest przekazywanie społeczeństwu informacji o istotnych zdarzeniach, a przedstawicieli szkoły zaś dbanie o dobry interes i bezpieczeństwo uczniów. Tutaj często pojawia się konflikt. Niektórzy przedstawiciele mediów wypełniają swój obowiązek w sposób agresywny, z naruszeniem prywatności, dbając jedynie o sensacyjność przygotowywanych materiałów. Warto więc być na taką ewentualność przygotowanym. Taktyka polegająca na blokowaniu informacji i używaniu lakonicznego stwierdzenia „bez komentarza” jest zła, bo tylko pobudza dziennikarską dociekliwość, pozostawia mnóstwo miejsca na konfabulację i zmusza dziennikarzy do szukania informatorów wśród uczniów lub rodziców dzieci. Znacznie lepiej mieć wpływ na przepływ informacji, niż narażać uczniów na dodatkową traumę i stawiać szkołę w świetle niepotrzebnej i niezdrowej sensacji. Większość dziennikarzy chętnie współpracuje w atmosferze wzajemnej życzliwości i zrozumienia.

Wskazówki dotyczące kontaktu z mediami w sytuacji kryzysowej:

* należy wyznaczyć jedną komunikatywną i dobrze merytorycznie przygotowaną osobę do kontaktu z mediami,
* jasno należy określić kto, w jaki sposób i gdzie będzie przekazywał dziennikarzom informacje,
* na pytania mediów należy odpowiadać natychmiast, przekazując jedynie konkretne i sprawdzone informacje, należy rozmawiać o faktach, nie snuć domysłów,
* w sytuacji dużego zainteresowania mediów warto zorganizować konferencję prasową i przygotować komunikaty prasowe,
* konferencję prasową powinien prowadzić dyrektor szkoły, choć istotne informacje może przekazywać ktoś inny spośród personelu szkoły lub osoba ze współpracującej ze szkołą w przezwyciężaniu kryzysu instytucji czy organizacji,
* w trakcie konferencji należy w jak najpełniejszy sposób odpowiadać na pytania dziennikarzy, powinna to robić osoba kompetentna, komunikatywna, posiadająca wiedzę merytoryczną.

 **2. Procedura postępowania w przypadku podejrzenia, że uczeń jest ofiarą przemocy w rodzinie**

1. Nauczyciel, który ma podejrzenie o stosowanie przemocy wobec ucznia informuje o tym wychowawcę klasy.

2. Wychowawca informuje pedagoga szkolnego/psychologa i dyrektora szkoły.

3. Jeżeli jest to konieczne ze względu na stan zdrowia ucznia, dyrektor lub pedagog szkolny/psycholog wzywa pogotowie ratunkowe i policję.

4. Pedagog szkolny/psycholog przeprowadza rozmowę z poszkodowanym (gdzie i kiedy doszło do zdarzenia, jak często to się zdarza).

5. Pedagog szkolny/psycholog zawiadamia i wzywa do szkoły rodzica/prawnego opiekuna lub osobę z najbliższej rodziny poszkodowanego.

6. Dyrektor podejmuje decyzję o podjęciu możliwych działań w postaci:

-zawiadomienia pracownika socjalnego,

-wdrożeniu procedury „Niebieskiej Karty” (po wypełnieniu formularza „Niebieska Karta - A” zostaje on przesłany listem poleconym do przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego. Kopia pozostaje w dokumentacji szkoły). Formularz „Niebieskiej Karty - B” przekazujemy osobie reprezentującej ucznia (rodzicowi, który nie jest sprawcą przemocy, opiekunowi lub osobie zgłaszającej przemoc wobec ucznia),

- zgłoszenia sprawy do Sądu Rodzinnego.

 **3. Procedury postępowania w przypadku ciąży niepełnoletniej uczennicy**

1. W przypadku zaobserwowania lub otrzymania informacji, że uczennica jest w ciąży, nauczyciel/wychowawca informuje o tym fakcie pedagoga szkolnego/psychologa i dyrektora.
2. Wychowawca i/lub pedagog szkolny/psycholog przeprowadza rozmowę z uczennicą, starając się ustalić, czy rodzice zostali poinformowani o jej ciąży oraz czy ciąża nie jest wynikiem przestępstwa (gwałtu).
3. Wychowawca klasy, pedagog szkolny/ psycholog i dyrektor szkoły ustalają formy pomocy, jakie zaproponują uczennicy i jej rodzicom.
4. W sytuacji, gdy rodzice lub opiekunowie prawni nie wiedzą jeszcze o ciąży i uczennica obawia się im o tym powiedzieć, może ona prosić o pośredniczenie w poinformowaniu ich o swojej sytuacji. Wychowawca, w porozumieniu z pedagogiem szkolnym/psychologiem, podejmują stosowne działania z zachowaniem szczególnej ostrożności i dyskrecji.
5. Wychowawca wobecności pedagoga szkolnego/psychologa i dyrektora szkoły informuje uczennicę i jej rodziców lub opiekunów prawnych o możliwych formach pomocy ze strony szkoły. Wyjaśnia szczegółowo [warunki i zasady korzystania z każdej z przedstawionych form pomocy](http://www.bezpiecznaszkola.edu.pl/wip/eletter/br/spokoj_w_szkole/h?utm_term=tresc_art1_3&SYS=399&utm_source=currentnl&utm_medium=eletter&utm_campaign=currentmesg&utm_content=%25SUBSCRIBERID%25). Przekazuje adresy instytucji wspierających rodzinę.
6. Uczennica i rodzice lub opiekunowie prawni podejmują - w ustalonym terminie - decyzję w sprawie form pomocy, z których chcieliby skorzystać. O podjętej decyzji informują wychowawcę klasy i dyrektora.
7. Wychowawca klasy, dyrektor i rodzice lub opiekunowie prawni uczennicy w zależności od sytuacji i stanu jej zdrowia podejmują działania niezbędne do uzyskania [nauczania indywidualnego lub indywidualnego toku nauki](http://www.bezpiecznaszkola.edu.pl/wip/eletter/br/spokoj_w_szkole/h?utm_term=tresc_art1_4&SYS=399&utm_source=currentnl&utm_medium=eletter&utm_campaign=currentmesg&utm_content=%25SUBSCRIBERID%25).
8. Na pisemny wniosek rodziców dyrektor szkoły w przypadku porodu lub połogu może udzielić uczennicy urlopu macierzyńskiego.
9. Wychowawca klasy i pedagog szkolny/psycholog uzgadniają [rodzaj i sposób świadczenia uczennicy i jej rodzinie pomocy i wsparcia](http://www.bezpiecznaszkola.edu.pl/wip/eletter/br/dyrektor/?utm_term=tresc_art1_5&SYS=399&utm_source=currentnl&utm_medium=eletter&utm_campaign=currentmesg&utm_content=%25SUBSCRIBERID%25) (materialnego, psychologicznego, organizacyjnego). Podejmują również działania kształtujące pozytywne postawy rówieśników (np. spotkania ze specjalistami, warsztaty kształtujące postawy empatii i tolerancji).
10. Dyrektor informuje radę pedagogiczną o ciąży uczennicy oraz o uzgodnionym sposobie postępowania. Przypomina o potrzebie zachowania dyskrecji oraz o tym, że nauczyciele są zobowiązani do nieujawniania spraw poruszanych na zebraniu rady pedagogicznej, które mogą naruszać dobra osobiste uczniów lub ich rodziców.
11. W odpowiednim czasie i jeżeli sytuacja tego wymaga wychowawcy klas, w porozumieniu z pedagogiem szkolnym/psychologiem, przeprowadzają zajęcia lub warsztaty kształtujące u uczniów postawy akceptacji i empatii w związku z zaistniałą sytuacją.

 Dyrektor szkoły o zaistniałej sytuacji powiadamia na piśmie:

1. w przypadku, gdy uczennica nie ukończyła 15 lat – prokuraturę;
2. w przypadku uczennicy pomiędzy 15-18 r.ż. – sąd rodzinny.

Wiek niższy niż wiek przyzwolenia zwany jest wiekiem ochronnym lub wiekiem bezwzględnej ochrony. Czynność seksualna z osobą w wieku ochronnym jest [czynem zabronionym](http://pl.wikipedia.org/wiki/Czyn_zabroniony) ([wykorzystywaniem seksualnym](http://pl.wikipedia.org/wiki/Wykorzystywanie_seksualne_dzieci)) i osoba dopuszczająca się takiej czynności lub doprowadzająca do niej, podlega odpowiedzialności karnej. Czynność seksualna może mieć formę [obcowania płciowego](http://pl.wikipedia.org/wiki/Obcowanie_p%C5%82ciowe) lub [innej czynności seksualnej](http://pl.wikipedia.org/wiki/Inna_czynno%C5%9B%C4%87_seksualna).

**W Polsce obcowanie płciowe i inne czynności seksualne z osobą poniżej 15. roku życia stanowią** [**przestępstwo**](http://pl.wikipedia.org/wiki/Przest%C4%99pstwo)**. Na zasadach określonych w Kodeksie Karnym odpowiadają osoby, które popełniły czyn po ukończeniu 17 lat.**

**4. Procedura postępowania w przypadku naruszenia godności osobistej ucznia**

1. W przypadku uchybienia przez nauczyciela obowiązków wynikających z art. 6 Karty Nauczyciela, a w rezultacie naruszenia godności osobistej ucznia, prowadzi się wewnątrzszkolne postępowanie wyjaśniające.
2. Dyrektor szkoły zapoznaje się z okolicznościami zdarzenia, prowadzi rozmowę wyjaśniającą z nauczycielem, uczniem, rodzicem (prawnym opiekunem).
3. Dyrektor włącza w rozmowę wyjaśniającą wychowawcę klasy.
4. Po ustaleniu stanu faktycznego i stwierdzeniu, że nastąpiło naruszenie godności osobistej ucznia, dyrektor ma prawo zastosować wobec nauczyciela konsekwencje w postaci:
* upomnienia ustnego /przy pierwszym zdarzeniu/,
* upomnienia pisemnego /przy powtórnym zdarzeniu/.
1. Po czynnościach wyjaśniających stwierdzających, że nie nastąpiło naruszenie godności osobistej ucznia, postępowanie zostaje zakończone, o czym zostają poinformowani zainteresowani.
2. Wszystkie czynności wykonywane w ramach postępowania wewnątrzszkolnego dokumentowane są protokołem, który składa się z wyjaśnień uczestników postępowania.
3. Jeżeli postępowanie wewnątrzszkolne potwierdza powtarzające się naruszanie godności osobistej ucznia, po dwukrotnym upomnieniu danego nauczyciela, przy kolejnym zdarzeniu dyrektor szkoły ma obowiązek skierować stosowne zawiadomienie do rzecznika dyscyplinarnego.
4. W przypadku ewidentnego naruszenia godności osobistej ucznia, niezwłocznie wszczyna się procedurę postępowania zgodnego z przepisami powszechnie obowiązującymi bez prowadzenia wyżej przedstawionego postępowania.

 **5. Procedury usprawiedliwiania nieobecności uczniów oraz egzekwowania obowiązku szkolnego.**

 1. Wychowawca informuje uczniów oraz rodziców o sposobie usprawiedliwiania

nieobecności ucznia na zajęciach lekcyjnych. Nieobecności usprawiedliwiają rodzice

w dzienniku elektronicznym (po wcześniejszym złożeniu oświadczenia o osobistym

korzystaniu z konta elektronicznego rodzica) lub na kartce (po wcześniejszym złożeniu

u wychowawcy wzoru podpisu).

1. Uczniowie pełnoletni zwolnienia z zajęć edukacyjnych dokonują sami w formie jak powyżej.
2. Rodzice usprawiedliwiają nieobecność ucznia niezwłocznie po jego powrocie do szkoły - najpóźniej do 7 dni.
3. Wychowawca na bieżąco usprawiedliwia nieobecne godziny uczniowi.
4. Do 10 dnia każdego miesiąca wychowawca przekazuje do pedagoga informacje o uczniach, którzy mają więcej niż 10 godzin nieusprawiedliwionych nieobecności.
5. O przewidywanej dłużej niż 2 tygodnie nieobecności ucznia (np. pobyt w sanatorium lub szpitalu, przewlekła choroba), rodzice są zobowiązani powiadomić wychowawcę wcześniej, a nie po powrocie dziecka do szkoły.
6. Zwolnienia ucznia z zajęć edukacyjnych dokonują rodzice (u wychowawcy) w formie elektronicznej do godziny 9:00 w dniu, w którym ma nastąpić zwolnienie lub na kartce. Wychowawca potwierdza zwolnienie ucznia, składając na kartce od rodziców lub przygotowanej przez siebie swój podpis. Kartkę tę uczeń pozostawia w dyżurce. W przypadku nieobecności wychowawcy, akceptacji dokonuje drugi wychowawca, pedagog lub dyrektor.
7. Uczniowie pełnoletni mogą usprawiedliwiać swoje nieobecności zgodnie z przepisem art.11 Kodeksu Cywilnego i wymogami opisanymi w art. 99 ust. 2 ustawy Prawo Oświatowe.
8. Informacja o absencji ucznia jest przekazywana rodzicom za pomocą dziennika elektronicznego, a w przypadku przedłużającej się nieobecności - telefonicznie lub listownie. Rodzice mogą być również wezwani do szkoły w celu wyjaśnienia nieobecności dziecka.
9. Każdy nauczyciel kontroluje nieobecności uczniów i w przypadku często powtarzającej się absencji ucznia na swoim przedmiocie informuje o tym fakcie wychowawcę i pedagoga szkolnego.
10. W przypadku braku współpracy rodzica (opiekuna) z wychowawcą (rodzic nie uczestniczy w zebraniach i konsultacjach, nie wyraża chęci na spotkania indywidualne), rodzic otrzymuje przesłane listem poleconym upomnienie dyrektora szkoły zawierające informację, że dziecko nie realizuje obowiązku szkolnego.
11. Pedagog szkolny w porozumieniu z dyrektorem, psychologiem, wychowawcą ucznia, pisemnie informuje sąd rodzinny o uchylaniu się ucznia od obowiązku szkolnego.

**6. Procedury postępowania z dzieckiem przewlekle chorym w szkole**

**W sytuacji, gdy w szkole jest uczeń przewlekle chory, nauczyciel powinien:**

1. Pozyskać od rodziców (opiekunów prawnych) ucznia szczegółowe informacje na temat jego choroby oraz wynikających z niej ograniczeń w funkcjonowaniu;
2. Zorganizować szkolenie kadry pedagogicznej i pozostałych pracowników szkoły w zakresie postępowania z chorym dzieckiem na co dzień oraz w sytuacji zaostrzenia objawów czy ataku choroby;
3. W porozumieniu z pielęgniarką lub lekarzem, wspólnie z pracownikami szkoły opracować wskazówki postępowania w stosunku do każdego chorego ucznia, zarówno na co dzień, jak i w przypadku zaostrzenia objawów czy ataku choroby.

Wskazówki te mogą uwzględniać m.in. przypominanie lub pomoc w przyjmowaniu leków, wykonywaniu pomiarów poziomu cukru, regularnym przyjmowaniu posiłków, sposób reagowania itp. Powinny też określać formy stałej współpracy z rodzicami (opiekunami) tego dziecka oraz zobowiązanie wszystkich pracowników placówki do bezwzględnego ich stosowania;

1. Wspólnie z nauczycielami i specjalistami zatrudnionymi w szkole dostosować formy pracy dydaktycznej, dobór treści i metod oraz organizację nauczania do możliwości psychofizycznych tego ucznia, a także w razie potrzeby objąć go różnymi formami pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
2. W przypadku nasilenia choroby u dziecka podczas pobytu w szkole dyrektor lub nauczyciel niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców lub prawnych opiekunów.
3. **DZIECKO Z ASTMĄ**

Astma oskrzelowa jest najczęstszą przewlekłą chorobą układu oddechowego u dzieci. Istotą astmy jest przewlekły proces zapalny toczący się w drogach oddechowych, który prowadzi do zwiększonej skłonności do reagowania skurczem na różne bodźce i pojawienia się objawów choroby.

OBJAWY Jednym z podstawowych objawów jest duszność jako subiektywne uczucie braku powietrza spowodowane trudnościami w jego swobodnym przechodzeniu przez zwężone drogi oddechowe. Gdy duszność jest bardzo nasilona możemy zauważyć, że usta dziecka, a także inne części ciała są zasinione. Konsekwencją zwężenia oskrzeli jest pojawienie się świszczącego oddechu. Częstym objawem astmy oskrzelowej jest kaszel. Najczęściej jest to kaszel suchy, napadowy, bardzo męczący.

PRZYCZYNY ATAKU Zaostrzenie astmy może być wywołane przez: kontakt z alergenami, na które uczulone jest dziecko, kontakt z substancjami drażniącymi drogi oddechowe, wysiłek fizyczny, zimne powietrze, dym tytoniowy, infekcje.

POSTĘPOWANIE:

1. W przypadku wystąpienia duszności należy podać dziecku wziewny lek rozkurczający oskrzela zgodnie z zaleceniem lekarza.
2. W przypadku objawów ciężkiej duszności należy podać jednocześnie 2 dawki leku w aerozolu w odstępie 10-20 sekund.
3. Po wykonaniu 1 pierwszej inhalacji należy powiadomić rodziców dziecka o wystąpieniu zaostrzenia.
4. W przypadku duszności o dużym nasileniu powinno się wezwać Pogotowie Ratunkowe. W czasie oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia dziecko wymaga ciągłego nadzoru osoby dorosłej.
5. Dodatkowo bardzo ważne jest zapewnienie dziecku spokoju oraz odizolowanie od osób trzecich.

NAKAZY:

1. Częste wietrzenie sal lekcyjnych.
2. Dziecko, które ma objawy po wysiłku, powinno przed lekcją wychowania fizycznego przyjąć dodatkowy lek.
3. Ćwiczenia fizyczne należy zaczynać od rozgrzewki.
4. W przypadku wystąpienia u dziecka objawów duszności należy przerwać wykonywanie wysiłku i pozwolić dziecku zażyć środek rozkurczowy.

ZAKAZY:

1. Chorzy uczniowie nie powinni uczestniczyć w pracach porządkowych. 2. W okresie pylenia roślin dzieci z pyłkowicą nie mogą ćwiczyć na wolnym powietrzu oraz nie powinny uczestniczyć w planowanych wycieczkach poza miasto.
2. Astma oskrzelowa wyklucza biegi na długich dystansach, wymagających długotrwałego, ciągłego wysiłku.
3. W klasach, gdzie odbywają się lekcje nie powinno być zwierząt futerkowych, o ile dziecko jest uczulone na sierść.

OGRANICZENIA :

1. Uczeń z astmą może okresowo wymagać ograniczenia aktywności fizycznej i dostosowania ćwiczeń do stanu zdrowia.
2. Dziecko uczulone na pokarmy powinno mieć adnotacje od rodziców, co może jeść w sytuacjach, które mogą wywołać pojawienie się objawów uczulenia.

OBSZARY DOZWOLONE I WSKAZANE DLA DZIECKA

1. Dzieci chore na astmę powinny uczestniczyć w zajęciach z wychowania fizycznego. wysportowane dziecko lepiej znosi okresy zaostrzeń choroby.
2. Uczeń z astmą nie powinien być trwale eliminowany z zajęć z wychowania fizycznego.
3. Dzieci z astmą mogą uprawiać biegi krótkie, a także gry zespołowe.
4. Dzieci z astmą mogą uprawiać gimnastykę i pływanie.
5. Dzieci z astmą mogą uprawiać większość sportów zimowych. Bardzo ważny jest dobry kontakt szkoły z rodzicami, po to, aby wspólnie zapewnić dziecku bezpieczne warunki nauki i pobytu w szkole. Pozwoli to zmniejszyć nadopiekuńczość rodziców a dziecku rozwijać samodzielność i zaufanie do własnych możliwości i umiejętności. Tylko współdziałanie szkoły z rodzicami i lekarzem prowadzącym pomoże prawidłowo funkcjonować dziecku z astmą oskrzelową w środowisku, gdzie spędza wiele godzin w ciągu dnia.
6. **DZIECKO Z CUKRZYCĄ**

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzujących się hiperglikemią (wysoki poziom glukozy we krwi – większy od 250mg%). Obecnie w Polsce wśród dzieci i młodzieży dominuje cukrzyca typu 1 – ten typ cukrzycy ma podłoże genetyczne i autoimmunologiczne. Cukrzyca nie jest chorobą zakaźną, nie można się nią zarazić przez kontakt z osobą chorą. Najczęstsze objawy to wzmożone pragnienie, częste oddawanie moczu oraz chudnięcie. W chwili obecnej, w warunkach pozaszpitalnych, jedynym skutecznym sposobem podawania insuliny jest wstrzykiwanie jej do podskórnej tkanki tłuszczowej (za pomocą pena, pompy). Cukrzyca nie jest chorobą, która powinna ograniczać jakiekolwiek funkcjonowanie ucznia, tylko wymaga właściwej samokontroli i obserwacji. Ćwiczenia fizyczne, sport i rekreacja połączone z ruchem są korzystne dla dzieci chorych na cukrzycę. Wspierają prawidłowy rozwój emocjonalny i społeczny, pomagają rozwijać samodyscyplinę, gratyfikują, dają przyjemność i satysfakcję. Najważniejszym problemem przy wykonywaniu wysiłku fizycznego u dzieci z cukrzycą jest ryzyko związane z wystąpieniem hipoglikemii (niedocukrzenia stężenie glukozy we krwi mniejsze niż 60 mg%). Do działań w ramach samokontroli należą: badanie krwi i moczu, zapisywanie wyników badań, prawidłowa interpretacja wyników badań, prawidłowe komponowanie posiłków, prawidłowe i bezpieczne wykonywanie wysiłku fizycznego, obserwacja objawów jakie pojawiają się przy hipoglikemii i hiperglikemii. W każdej szkole powinien znajdować się „kącik” dla ucznia z cukrzycą, czyli ustronne miejsce, w którym dziecko z cukrzycą będzie mogło spokojnie, bezpiecznie i higienicznie wykonać badanie krwi oraz wykonać wstrzyknięcia insuliny.

OBJAWY HIPOGLIKEMII – niedocukrzenia:

1. Bladość skóry, nadmierna potliwość, drżenie rąk.
2. Ból głowy, ból brzucha.
3. Szybkie bicie serca.
4. Uczucie silnego głodu/wstręt do jedzenia.
5. Osłabienie, zmęczenie
6. Problemy z koncentracją, zapamiętywaniem.
7. Chwiejność emocjonalna, nietypowe zachowanie dziecka.
8. Napady agresji lub wesołkowatości.
9. Ziewanie/senność.
10. Zaburzenia mowy, widzenia i równowagi.
11. Zmiana charakteru pisma.
12. Uczeń nielogicznie odpowiada na zadawane pytania.
13. Kontakt ucznia z otoczeniem jest utrudniony lub traci przytomność.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII LEKKIEJ – dziecko jest przytomne, w pełnym kontakcie, współpracuje z nami, spełnia polecenia:

1. Sprawdzić poziom glukozy we krwi potwierdzając niedocukrzenie.
2. Podać węglowodany proste (sok owocowy, coca-cola, cukier spożywczy rozpuszczony w wodzie lub herbacie, glukoza w tabletkach, płynny miód.
3. NIE WOLNO Zastępować węglowodanów prostych słodyczami zawierającymi tłuszcze, jak np. czekolada, ponieważ utrudniają one wchłanianie glukozy z przewodu pokarmowego).
4. Ponownie oznaczyć glikemię po 10-15 minutach.
5. Zawsze należy dążyć do ustalenia przyczyny niedocukrzenia.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII ŚREDNIO – CIĘŻKIEJ – dziecko ma częściowe zaburzenia świadomości, pozostaje w ograniczonym kontakcie z nami, potrzebuje 3 bezwzględnej pomocy osoby drugiej:

1. Oznaczyć glikemię i potwierdzić niedocukrzenie.
2. Jeżeli dziecko może połykać podać do picia płyn o dużym stężeniu cukru (np. 3-5 kostek cukru rozpuszczonych w ½ szklanki wody, coli, soku).
3. Jeżeli dziecko nie może połykać postępujemy tak jak w przypadku glikemii ciężkiej.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII CIĘŻKIEJ – dziecko jest nieprzytomne, nie ma z nim żadnego kontaktu, nie reaguje na żadne bodźce, może mieć drgawki.

Dziecku, które jest nieprzytomne NIE WOLNO podawać niczego do picia ani do jedzenia do ust!!!

1. Układamy dziecko na boku.
2. Wstrzykujemy domięśniowo glukagon, jest to zastrzyk ratujący życie.
3. Wzywamy pogotowie ratunkowe.
4. Kontaktujemy się z rodzicami dziecka.
5. Dopiero gdy dziecko odzyska przytomność (po podaniu glukagonu powinno odzyskać przytomność po kilkunastu minutach) i jeżeli dziecko będzie w dobrym kontakcie można mu podać węglowodany doustnie (sok, cola, tabl. glukozy). U dzieci leczonych pompą:
6. Zatrzymaj pompę.
7. Potwierdź hipoglikemię.
8. Jeżeli dziecko jest przytomne podaj węglowodany proste.
9. Odczekaj 10-15 minut i zbadaj ponownie poziom glukozy we krwi, jeżeli nie ma poprawy podaj ponownie cukry proste.
10. Jeżeli objawy ustąpią i kontrolny pomiar glikemii wskazuje podnoszenie się stężenia glukozy, włącz pompę i podaj kanapkę lub inne węglowodany złożone.
11. Jeżeli dziecko jest nieprzytomne lub ma drgawki połóż je w pozycji bezpiecznej, podaj domięśniowo zastrzyk z glukagonu i wezwij karetkę pogotowia. Po epizodzie hipoglikemii nie zostawiaj dziecka samego! Dziecko nie może podejmować wysiłku fizycznego dopóki wszystkie objawy hipoglikemii nie ustąpią!

OBJAWY HIPERGLIKEMII

1. Wzmożone pragnienie, potrzeba częstego oddawania moczu.
2. Rozdrażnienie, zaburzenia koncentracji.
3. Złe samopoczucie, osłabienie, przygnębienie, apatia. Jeżeli do ww. objawów dołączą: ból głowy, ból brzucha, nudności i wymioty, ciężki oddech. może to świadczyć o rozwoju kwasicy cukrzycowej. Należy wtedy bezzwłocznie:
4. Zbadać poziom glukozy.
5. Skontaktować się z rodzicami lub wezwać pogotowie.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPERGLIKEMII

1. Podajemy insulinę (tzw. dawka korekcyjna),
2. Uzupełniamy płyny (dziecko powinno dużo pić, przeciętnie 1litr w okresie 1,5-2 godz., najlepszym płynem jest niegazowana woda mineralna),
3. Samokontrola (badanie moczu na obecność cukromoczu i ketonurii, po około 1 godz. należy dokonać kontrolnego pomiaru glikemii),
4. W razie stwierdzenia hiperglikemii dziecko nie powinno jeść, dopóki poziom glikemii nie obniży się.

Niezbędnik szkolny, czyli co uczeń z cukrzycą zawsze powinien mieć ze sobą w szkole:

1. Pen – „wstrzykiwacz” z insuliną.
2. Pompę insulinową, jeżeli jest leczone przy pomocy pompy.
3. Nakłuwacz z zestawem igieł.
4. Glukometr z zestawem pasków oraz gazików.
5. Plastikowy pojemnik na zużyte igły i paski.
6. Drugie śniadanie lub dodatkowe posiłki przeliczone na wymienniki np. przeznaczone na „zabezpieczenie” zajęć w-f w danym dniu.
7. Dodatkowe produkty – soczek owocowy, tabletki z glukozą w razie pojawienia się objawów hipoglikemii.
8. Telefon do rodziców.
9. Informację w postaci kartki lub bransoletki na rękę, która informuje, że dziecko choruje na cukrzycę.
10. Glukagon (zestaw w pomarańczowym pudełku).

Szkolny kodeks praw dziecka z cukrzycą – każdemu dziecku z cukrzycą typu 1 należy zapewnić w szkole:

1. Możliwość zmierzenia poziomu glukozy na glukometrze w dowolnym momencie – także w trakcie trwania lekcji.
2. Możliwość podania insuliny.
3. Możliwość zmiany zestawu infuzyjnego w przypadku leczenia osobista pompą insulinową w odpowiednich warunkach zapewniających bezpieczeństwo i dyskrecję.
4. Właściwe leczenie niedocukrzenia zgodnie ze schematem ustalonym z pielęgniarką szkolną i rodzicami dziecka.
5. Możliwość spożycia posiłków o określonej godzinie, a jeśli istnieje taka potrzeba, nawet w trakcie trwania lekcji.
6. Możliwość zaspokojenia pragnienia oraz możliwość korzystania z toalety, także w czasie trwania zajęć lekcyjnych.
7. Możliwość uczestniczenia w pełnym zakresie w zajęciach wychowania fizycznego oraz różnych zajęciach pozaszkolnych, np. wycieczkach turystycznych, zielonych szkołach.
8. **DZIECKO Z PADACZKĄ**

Padaczką określamy skłonność do występowania nawracających, nie prowokowanych napadów. Napadem padaczkowym potocznie nazywamy napadowo występujące zaburzenia w funkcjonowaniu mózgu objawiające się widocznymi zaburzeniami, zwykle ruchowymi. Niekiedy jedynym widocznym objawem napadu są kilkusekundowe zaburzenia świadomości. Napady padaczkowe dzieli się na napady pierwotne uogólnione oraz napady częściowe (zlokalizowane). Napady pierwotnie uogólnione

1. Napady nieświadomości, najczęściej kilkusekundowa utrata kontaktu z otoczeniem. Atypowym napadom nieświadomości mogą towarzyszyć mruganie lub gwałtowne 5 ruchy o niewielkim zakresie w obrębie ust.
2. Napady atoniczne – napad spowodowany nagłym i krótkotrwałym obniżeniem napięcia mięśniowego w określonych grupach mięśni.
3. Napady toniczne – występuje głównie u małych dzieci zazwyczaj podczas zasypiania lub budzenia; charakteryzuje się nagłym, symetrycznym wzrostem napięcia mięśni w obrębie kończyn i tułowia.
4. Napady toniczno-kloniczne – w fazie tonicznej dochodzi do nagłej utraty przytomności, skurczu mięśni, zatrzymania oddechu; faza kloniczna charakteryzuje się rytmicznymi, gwałtownymi skurczami mięśni kończyn i tułowia, następnie przechodzi w kilkuminutową śpiączkę.
5. Napady kloniczne – napady głównie u niemowląt i małych dzieci, częściej w przebiegu gorączki, cechują je symetryczne skurcze mięśni kończyn występujące seriami.
6. Napady miokloniczne – charakteryzują się gwałtownymi synchronicznymi skurczami mięśni szyi, obręczy barkowej, ramion i ud przy względnie zachowanej świadomości chorego.

Napady częściowe

1. Napady częściowe z objawami prostymi –świadomość w czasie napadów jest na ogół zachowana, zwykle napady dotyczą określonej okolicy np. ręki lub ust.
2. Napady częściowe z objawami złożonymi – niektórym napadom mogą towarzyszyć zaburzenia świadomości o charakterze omamów i złudzeń; pacjent ma wrażenie, że już znajdował się w danej sytuacji życiowej lub przeciwnie, że nie zna sytuacji i przedmiotów, z którymi w rzeczywistości się już stykał, do tego typu napadów zaliczane są także napady psychoruchowe z towarzyszącymi im różnymi automatyzmami (cmokanie), u dzieci mogą niekiedy występować napady nietypowe, manifestujące się klinicznie bólami brzucha, głowy, omdleniami, napadami lęku itp.
3. Napady częściowe wtórnie uogólnione – rozpoczyna się zwykle od napadowych mioklonicznych lub klonicznych skurczów ograniczonych do określonych grup mięśni, aby następnie rozprzestrzenić się i doprowadzić do wtórnie uogólnionego napadu toniczno-klonicznego (tzw. napadu dużego).

Leczenie padaczki jest procesem przewlekłym, wymaga systematycznego, codziennego podawania leków. Nagłe przerwanie leczenia, pominięcie którejś dawki, może zakończyć się napadem lub stanem padaczkowym. Z tego powodu tak ważne jest aby pacjent mógł systematycznie przyjmować leki. W trakcie włączania leczenia lub jego modyfikacji dziecko może wykazywać objawy senności, rozdrażnienia, zawrotów głowy.

W RAZIE WYSTĄPIENIA NAPADU NALEŻY

1. Przede wszystkim zachować spokój.
2. Ułożyć chorego w bezpiecznym miejscu w pozycji bezpiecznej, na boku.
3. Zabezpieczyć chorego przed możliwością urazu w czasie napadu – zdjąć okulary, usunąć z ust ciała obce, podłożyć coś miękkiego pod głowę.
4. Asekurować w czasie napadu i pozostać z chorym do odzyskania pełnej świadomości.

NIE WOLNO

1. Podnosić pacjenta.
2. Krępować jego ruchów.
3. Wkładać czegokolwiek między zęby lub do ust.

Pomoc lekarska jest potrzebna, jeżeli był to pierwszy napad w życiu lub napad trwał dłużej niż 10 minut albo jeśli po napadzie wystąpiła długo trwająca gorączka, sugerująca zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Dzieciom chorym na padaczkę trudniej jest wykorzystać w pełni swoje możliwości edukacyjne z przyczyn medycznych i społecznych. Narażone są na wyższy poziom stresu wynikający z obawy przed napadem i komentarzami, stąd też częściej występują u nich cechy zespołu nadpobudliwości psychoruchowej, trudności w czytaniu i pisaniu oraz inne trudności szkolne. W razie narastających trudności szkolnych, trzeba zapewnić dziecku możliwość douczania, zorganizować odpowiednio czas na naukę, z częstymi przerwami na odpoczynek, modyfikować i zmieniać sposoby przyswajania wiadomości szkolnych. Nie należy z zasady zwalniać dziecka z zajęć wychowania fizycznego ani z zabaw i zajęć ruchowych w grupie rówieśników. Należy jedynie dbać o to, aby nie dopuszczać do nadmiernego obciążenia fizycznego i psychicznego. Gdy zdarzają się napady, dziecko powinno mieć zapewnioną opiekę w drodze do i ze szkoły.

1. **DZIECKO PRZEWLEKLE CHORE**

Choroba przewlekła to proces patologiczny trwający ponad 4 tygodnie, cechujący się brakiem nasilonych objawów chorobowych. Długotrwała choroba i częste hospitalizacje mogą okresowo uniemożliwiać choremu dziecku przebywanie w grupie rówieśników, a także zaspokajanie wielu ważnych potrzeb psychicznych, fizycznych i społecznych. Przeciwdziałanie niekorzystnym skutkom choroby przewlekłej, polega między innymi na udzielaniu dziecku i jego rodzinie pomocy w budowaniu nowej koncepcji życia z chorobą i pomimo choroby. Odbudowa poczucia bezpieczeństwa jest jednym z najważniejszych zadań osób pomagających choremu dziecku i jego rodzinie. Dziecko może czuć się mniej bezradne i zagubione, gdy ma okazję do odnoszenia sukcesów i poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Zatem dostrzeganie i eksponowanie osiągnięć dziecka, chwalenie go za nie i nagradzanie jest jednym z kierunków pomagania mu w pokonywaniu poczucia bezradności. Drugi ważny kierunek to uczenie dziecka nowych umiejętności- zarówno tych przydatnych w pokonywaniu trudności związanych z chorowaniem, jak i tych otwierających mu nowe, wolne od ograniczeń pola aktywności, poszerzających jego „obszar wolności”. Szkoła pełni w życiu chorego dziecka szczególną rolę. Jest to miejsce, w którym może się ono uczyć i bawić, rozwijać swoje zdolności i umiejętności, może przeżywać radość i dumę ze swojej aktywności, a także budować dobre relacje z innymi dziećmi. Obecność przyjaznych nauczycieli i rówieśników jest bardzo ważna dla prawidłowego rozwoju emocjonalnego i społecznego chorego dziecka. Niezwykle ważne jest przekazanie nauczycielom informacji o wpływie choroby dziecka na funkcjonowanie psychiczne, fizyczne i społeczne ucznia. Niektóre leki mogą działać pobudzająco a inne usypiająco. Może to mieć wpływ na zachowanie się dziecka lub możliwość efektywnego uczenia się. Dzięki informacjom od rodziców i lekarzy, nauczyciel może poznać chorobę dziecka w takim zakresie, aby w razie potrzeby, w odpowiednim czasie, udzielić mu niezbędnej pomocy i wsparcia oraz zapewnić bezpieczne warunki na terenie szkoły. Także dostosować sposoby komunikowania się oraz sposoby i formy nauczania do potrzeb i aktualnych możliwości chorego dziecka. Wzajemne kontakty pomiędzy szkołą i rodzicami powinny być stałe i systematyczne, oparte na zaufaniu, spokojnej, wzajemnej wymianie informacji oraz współpracy i zrozumieniu.

**Główne sposoby pomocy przewlekle choremu dziecku możliwe do zrealizowania na terenie szkoły:**

1. Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego,
2. Pomoc w pokonywaniu trudności, uczenie nowych umiejętności,
3. Budowanie dobrego klimatu i przyjaznych relacji klasowych,
4. Przygotowanie uczniów zdrowych na spotkanie chorego kolegi,
5. Traktowanie chorego dziecka jako pełnoprawnego członka klasy,
6. Uwrażliwianie dzieci zdrowych na potrzeby i przeżycia dziecka chorego,
7. Uwrażliwianie dziecka chorego na potrzeby i przeżycia innych uczniów,
8. Motywowanie do kontaktów i współdziałania z innymi uczniami,
9. Rozwijanie zainteresowań, samodzielności dziecka,
10. Dostarczanie wielu możliwości do działania i osiągania sukcesów,
11. Motywowanie do aktywności.