

Plán zdravotní podpory (Plán péče o dítě) vzor

Název vzdělávacího zařízení, které plán zdravotní podpory uskutečňuje:

Mateřská škola Hrníček, příspěvková organizace

Adresa vzdělávacího zařízení:

Zahradní 5

Olomouc 77900

IČ:

8801420

a

zákonný zástupce dítěte (příjmení a jméno)

Martina Vopršálková

**se dohodli na individuálním plánu zdravotní podpory dítěte/žáka na základě
vyjádření/potvrzení lékaře**

Jméno a příjmení dítěte/žáka

Ondřej Vopršálek

Plán zdravotní podpory budou realizovat a souhlasí s ním (zaměstnanci vzdělávací organizace)

Osoba pověřena realizací plánu zdravotní podpory, a souhlasí s pověřením:

(vyplní škola)

Andrea Milá

Osoba pověřena realizací plánu zdravotní podpory, bude vykonávat péči dle smluvených podmínek v době:

(vyplní škola – jde o časový údaj)

7:30 – 15:00

Náhradní osoba pověřena realizací plánu zdravotní podpory, a souhlasí s pověřením:

(vyplní škola)

Lucie Sladká

Náhradní osoba pověřena realizací plánu zdravotní podpory, bude vykonávat péči dle smluvených podmínek v době:

(vyplní škola – jde o časový údaj)

V době nepřítomnosti Osoby pověřené realizací plánu zdravotní podpory 7:30 – 15:00

Podpis statutárního zástupce a razítko vzdělávací organizace

V

Dne

Plán zdravotní podpory se vztahuje ke konkrétnímu onemocnění/handicapu/omezení:

Popis onemocnění/handicapu/omezení – s doložením lékařské zprávy (příloha 1 plánu zdravotní podpory)

Atopický ekzém - celotělový (svědivá vyrážka na celém těle, která se projevuje jako zrohovatělá kůže s ojedinělými trhlinkami)

Respirační alergie s projevy astmatu (v době od začátku března do konce května se projevuje jako lehký průhledný výtok z nosu, kýchání, občasné zakašlání, zvýšená citlivost očí – výtok z očí průhledný, svědění. V ojedinělých případech je možný rozvoj astmatického záchvatu, který se projevuje jako intenzivní záchvat klidového kašle s propískáváním na průduškách, dušností.

Plán zdravotní podpory dítěte/žáka se vztahuje na:

Úpravu stravy (individuální stravování)

ANO

NE

(využijte žádosti a formuláře k individuálnímu stravování)

Podávání léku pravidelně užívaného

ANO

NE

(využijte žádosti a formuláře k podávání léků)

Uskladnění léku a podání dle instrukcí ZZS v případě akutního stavu

ANO

NE

(využijte žádosti a formuláře k uskladnění léků)

Úpravu režimu (spánek, fyzická aktivita atd.)

ANO

NE

(doplňte níže)

Jiná speciální opatření dohodnutá se zákonným zástupcem

ANO

NE

(doplňte níže)

Přílohy plánu péče o dítě (plán cvičení atd.)

ANO

NE

Nutné proškolení zaměstnanců školy a pověřených osob

ANO

NE

(vztahuje se na proškolení první pomoci, proškolení obsluhy přístroje, proškolení klinických projevů onemocnění, proškolení k podávání léku – dokládá se seznam proškolených a datum proškolení)

Plán zdravotní podpory mimo formuláře

Úpravu režimu (spánek, fyzická aktivita atd.)

Jiná speciální opatření dohodnutá se zákonným zástupcem

V rámci atopického ekzému je se zákonnými zástupci dohodnuto, že si budu prát povlečení ve vlastním speciální pracím prášku. Povlečení bude práno vždy 1x týdně. Dále bylo dohodnuto, že zákonní zástupci dítěte přinesou pro potřeby mateřské školy chráničku matrace, aby se léčivý přípravek podávaný dítěti na kůži nevsakoval do matrace.