

Od dnia 12 września 2019 obowiązuje nowa **ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami**<sup>1</sup>

**Oto krótka informacja o zakresie opieki zdrowotnej nad uczniami pielęgniarki lub higienistki szkolnej na terenie szkoły.**

1. Pielęgniarka lub higienistka szkolna planuje i realizuje profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami na terenie szkoły lub miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zależności od ilości dzieci.

**2. Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej obejmują:**

- wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych
- kierowanie postępowaniem poprzewiewowym
- czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi;
- sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarstkich **wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego** i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej.
- udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
- prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I–VI) grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;

3. Rodzice uczniów małoletnich oraz pełnoletni uczniowie mają prawo do wyrażenia sprzeciwu w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej, złożonego w **formie pisemnej** do pielęgniarki lub higienistki szkolnej.

---

<sup>1</sup> ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. Poz. 1078. o opiece zdrowotnej nad uczniami

## Informacja o dziecku

(informacje objęte tajemnicą medyczną ,oraz tajemnicą zgodnie z obowiązującym RODO)

IMIĘ I NAZWISKO.....

KL..... PESEL.....

TEL

KONTAKTOWY.....

ADRES UCZNIĄ .....

ADRES PRZYCHODNI I NAZWISKO LEKARZA ,KTÓRY OPIEKUJE SIĘ  
DZIECKIEM W RAMACH OPIEKI PODSTAWOWEJ

1.Czy dziecko jest leczone w poradni specjalistycznej? **tak/nie**

Jakie

schorzenia.....

.....

.....

2.czy dziecko jest uczulone na leki? **tak/nie**

jakie?.....

3.Czy dziecko przyjmuje na stałe leki? **tak/nie**

jakie?.....

.....

4.Czy dziecko uczęszcza na gimnastykę korekcyjną ? **tak/nie**

5.Czy dziecko jest objęte opieką Poradni Rehabilitacyjnej ? **tak/nie**

6.Dodatkowe informacje o dziecku.....

.....

.....

### **7.WYRAŻAM ZGODĘ NA:**

A)wykonywanie testów przesiewowych i poprzewodowych obowiązujących zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia **tak/nie**

B)udzielanie I pomocy i podawanie leków w razie potrzeby **tak/nie**

C) na przeglądy higieniczne w ramach profilaktyki wszawicy(tylko na wypadek zagrożenia)  
**tak/nie**

D) fluoryzację zębów w kl.I-VI **tak/nie**

E)prowadzenie edukacji zdrowotnej **tak/nie**

**ZGODNIE Z USTAWĄ Z DN. 12 KWIETNIA 2019 r. o opiece zdrowotnej nad  
uczniami informujemy o prawie do wyrażania sprzeciwu do wykonywania świadczeń  
medycznych u dziecka.**

Data i podpis rodzica lub opiekun prawnego dziecka