Załącznik nr 3

Zarządzenie nr 13/2018

Dyrektora Zespołu Szkolno-Przedszkolnego

w Lipinkach z dnia 03.12.2018r.

**PROCEDURA POSTĘPOWANIA Z UCZNIEM**

**PRZEWLEKLE CHORYM**

**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.

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.

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”.

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 dziećmi,

9. rozwijanie zainteresowań, samodzielności dziecka,

10. dostarczanie wielu możliwości do działania i osiągania sukcesów,

11. motywowanie do aktywności.

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 higienistką szkolną lub lekarzem, wspólnie z pracownikami szkoły

opracować procedury postępowania w stosunku do każdego chorego ucznia, zarówno na

co dzień, jak i w przypadku zaostrzenia objawów czy ataku choroby. Procedury 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;

4. 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 objąć go różnymi formami pomocy

psychologiczno-pedagogicznej;

W przypadku nasilenia choroby u dziecka podczas pobytu w szkole dyrektor lub

nauczyciel niezwłocznie informuje o zaistniałej sytuacji rodziców lub prawnych

opiekunów.

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. 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.

W przypadku wystąpienia duszności należy podać dziecku wziewnie lek rozkurczający

oskrzela zgodnie z zaleceniem lekarza. W przypadku objawów ciężkiej duszności należy

podać jednocześnie 2 dawki leku w aerozolu w odstępie 10-20 sekund. Po wykonaniu

pierwszej inhalacji należy powiadomić rodziców dziecka o wystąpieniu zaostrzenia.

W przypadku duszności o dużym nasileniu powinno się wezwać Pogotowie Ratunkowe.

W czasie oczekiwania na przyjazd karetki pogotowia dziecko wymaga ciągłego nadzoru

osoby dorosłej. 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.

3. Astma oskrzelowa wyklucza biegi na długich dystansach, wymagających długotrwałego,

ciągłego wysiłku.

4. W klasach, gdzie odbywają się lekcje nie powinno być zwierząt futerkowych.

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.

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 szkolnym gabinecie higienistki szkolnej dziecko z cukrzycą może 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.

14. Drgawki.

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.

NIE WOLNO

1. Zastępować węglowodanów prostych słodyczami zawierającymi tłuszcze, jak np.

czekolada, ponieważ utrudniają one wchłanianie glukozy z przewodu pokarmowego).

2. Ponownie oznaczyć glikemię po 10-15 minutach.

3. Zawsze należy dążyć do ustalenia przyczyny niedocukrzenia.

POSTĘPOWANIE PRZY HIPOGLIKEMII ŚREDNIO - CIĘŻKIEJ - dziecko ma

częściowe zaburzenia świadomości, pozostaje w ograniczonym kontakcie z nami, potrzebuje

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-

5kostek cukru rozpuszczonych w ½ szklanki wody, coli, soku).

1. 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:

1. Zatrzymaj pompę.

2. Potwierdź hipoglikemię.

3. Jeżeli dziecko jest przytomne podaj węglowodany proste.

4. Odczekaj 10-15 minut i zbadaj ponownie poziom glukozy we krwi; jeżeli nie ma

poprawy, podaj ponownie cukry proste.

5. Jeżeli objawy ustąpią i kontrolny pomiar glikemii wskazuje podnoszenie się stężenia

glukozy, włącz pompę i podaj kanapkę lub inne węglowodany złożone.

6. 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.

1. ból głowy, ból brzucha,

2. nudności i wymioty,

3. ciężki oddech,

może to świadczyć o rozwoju kwasicy cukrzycowej.

Należy wtedy bezzwłocznie:

1. Zbadać poziom glukozy.

2. 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 wf 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 higienistką 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.

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 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).

Zespoły padaczkowe wieku dziecięcego - zespół Westa, zespół Lennoxa-Gastauta, dziecięca

padaczka nieświadomości (piknolepsja), padaczka Rolanda, młodzieńcza padaczka

nieświadomości, zespół Janza, padaczka odruchowa, omdlenia odruchowe, napady rzekomopadaczkowe.

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.

DZIECKO Z HEMOFILIĄ

Hemofilia jest wrodzoną skazą krwotoczną związaną z niedoborem czynnika VIII lub IX

krzepnięcia krwi. W zależności od tego rozróżniamy hemofilię A lub B.

Ciężka postać hemofilii – występują krwawienia do mięśni i stawów, duże podskórne

wylewy, krwawienia z nosa. Krwawienia wewnętrzne są bolesne. Początkowym objawem

może być uczucie rozpierania w stawie, drętwienia, mrowienia. Najlepiej, jeżeli wówczas

zostanie podany koncentrat czynnika krzepnięcia krwi. Jeżeli leczenie zostanie odroczone

powiększa się objętość stawu, pojawia się silna bolesność oraz przykurcz w stawie.

Umiarkowana i łagodna postać choroby – krwawienia są mniej częste, nie powodują

zwykle trwałych zmian w stawach, zwykle wyraźny uraz poprzedza krwawienie. Choroba nie

ma wpływu na funkcjonowanie społeczne ani nie wpływa negatywnie na rozwój

intelektualny. Funkcjonowanie emocjonalne może nie być zaburzone. Jednak, zwłaszcza w

ciężkiej postaci choroby, dziecko może czuć się gorsze, ponieważ nie może robić tego

wszystkiego, co dziecko zdrowe np. grać w piłkę nożną. Wie, że może to spowodować

krwawienie do stawu lub mięśni i związany z tym ból, konieczność leczenia dożylnego,

czasami hospitalizacji.

NAKAZY, ZAKAZY, OGRANICZENIA:

1. dziecko nie powinno być narażone na urazy spowodowane np. śliską podłogą,

przepychającym się tłumem dzieci ,

2. w szkole musi mieć do chodzenia wygodne obuwie usztywniające staw skokowy, na nie

śliskiej podeszwie,

3. jeżeli dziecko jest sprawne ruchowo może biegać i skakać, inne dzieci muszą wiedzieć, że

nie można chorego kolegi bić, popychać, podstawiać mu nogi,

4. udział w lekcjach wf musi być ograniczony – bezpieczna jest gimnastyka, pływanie i gra

w ping-ponga,

5. dziecko może bez ograniczeń rysować, lepić z gliny, malować,

6. należy rozwijać te sfery aktywności intelektualnej i ruchowej dziecka, w których ono się

wyróżnia,

7. dziecku choremu na hemofilię nie wolno podawać żadnych leków domięśniowo, ani

stosować preparatów kwasu acetylosalicylowego

NA CO NALEŻY ZWRACAĆ UWAGĘ W SZKOLE:

1. nagłe dolegliwości bólowe ze strony kończyn dolnych lub górnych, utykanie,

2. bóle brzucha lub głowy, wymioty,

3. krwawienie z jamy ustnej lub nosa, zblednięcie

Dziecko chore na hemofilię nie wymaga specjalnego traktowania przez nauczyciela w klasie.

Powinno brać udział w wycieczkach szkolnych, wyjazdach do teatru czy kina. Przed

wyjazdem wskazane jest profilaktyczne podanie czynnika krzepnięcia u dziecka z ciężką

postacią choroby.

PIERWSZA POMOC:

1. w przypadku urazu/bólu należy oziębić dotkniętą część ciała przez przyłożenie lodu,

zimnego okładu żelowego lub chustki zmoczonej w zimnej wodzie,

2. posadzić/położyć w pozycji dla dziecka wygodnej,

3. najczęściej należy podać czynnik krzepnięcia krwi,

4. jeżeli dziecko wymiotuje, ma bole głowy, zaburzenia świadomości lub drgawki powinno

się je położyć na boku i wezwać pogotowie, zawiadomić rodziców; jeżeli dziecko uskarża

się na ból kończyny górnej lub dolnej nie powinno nią poruszać, wskazane jest

unieruchomienie.