



AVTALE OG INSTRUKS OM MEDISINERING I BARNEHAGER OG SKOLER

For perioden fra: _____ til: _____

Denne avtalen skal være fylt ut før personalet kan medisinere barnet.

Avtale mellom foreldre/foresatte og skolen/barnehagen om medisinering

Barnets navn	Født
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Barnehage/skole	Gruppe/trinn/avdeling
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Det er gjort avtale mellom foreldre/foresatte og barnehagen/skolen om at personalet deler ut medisiner etter gjeldende rutiner ved enheten.

Foreldre/foresatte leverer medisiner direkte til personalet. Foreldre/foresatte har ansvar for at nødvendig informasjon og opplæring blir gitt.

Dato	Underskrift foreldre/foresatte	Underskrift enhetsleder
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Foreldre/foresatte:

1. Leverer avtalt mengde medisiner til enheten i ferdig utfylt doseringseske for minimum en uke.
2. Leverer annet utstyr som er nødvendig for å gi medisinen.
3. Leverer medisinoversikt og skriftlig informasjon om medisineringen, samt sørge for opplæring. Medisinoversikt bør være signert av lege. Ny medisinoversikt ved endringer.

Skolen/barnehagen:

1. Har rutiner som sikrer at medisin håndteringen og utlevering skjer på en forsvarlig måte og at den som utleverer medisiner har nødvendig informasjon og kunnskap.
2. Oppbevarer medisiner på en betryggende måte, jfr kap. 8 i retningslinjer for "Håndtering av legemidler i barnehage, skole og SFO".
3. Sørger for at barnet får sine medisiner ut fra avtale og medisinoversikt når barnet er tilstede i barnhage/skole.

Avtalen undertegnes i 2 eksemplarer, ett til foreldre/foresatte og ett til barnehagen/skolen.

DAGLIG MEDISINERING

MEDISINOVERSIKT FOR: _____ FØDT: _____

Denne medisinoversikten fylles ut av foreldre/foresatte

Diagnose

--

Daglige faste legemidler i barnehage-/skoletid

<i>Legemiddel, styrke, mengde</i>	<i>Tid</i>	<i>Tid</i>	<i>Tid</i>	<i>Dato og signatur</i>
<i>Akutt medisinering</i>	<i>Tid</i>	<i>Tid</i>	<i>Tid</i>	<i>Dato og signatur</i>

Personalet har fått følgende informasjon og opplæring fra foreldre/foresatte

--

Spesielle observasjoner/symptomer som personalet må være oppmerksomme på

--

Mors navn	Tlf. arbeid / mobil	Tlf. privat / mobil

Fars navn	Tlf. arbeid / mobil	Tlf. privat / mobil

Dato	Navn på lege / legekantor	Signatur lege

AKUTT MEDISINERING

MEDISINOVERSIKT FOR: _____ FØDT: _____

Denne medisinoversikten fylles ut av foreldre/foresatte

Type anfall/reaksjon:

Symptomer/utslag:

Ved anfall/reaksjon gjøres følgende:

Ved anfall/reaksjon bruker barnet følgende medisiner:

Du kan også hjelpe barnet ved å:

Kontakt 113 hvis:

Dato

Navn på lege / legekantor

Signatur lege

--	--	--