

AVTALE OM MEDISINERING AV BARN I BARNEHAGE, SKOLE OG SFO

Barnehage/skole/SFO: _____

Avdeling/klasse: _____

Barnets navn: _____ Født: _____

Adresse: _____ Postnr./Sted: _____

Avtalen er mellom barnehage/skole/SFO og elev/foresatte om:

- medisiner i barnehage/skole/SFO
- innlevering av medisiner – oppbevaring av medisiner

Foresatte (eldre elever) sørger for:

- å orientere barnehagen v/styrer eller skolen v/rector om behovet for medisiner
- å gi relevante opplysninger for medisineren i forhold til barnets medisinske tilstand
- at opplysninger på medisinoversikten er korrekt. at opplysninger i medisinoversikten, herunder opplysninger om navn på legemiddel, administrasjonsform, dosering og tidspunkt for medisiner er korrekt. (medisinoversikten er vedlegg til denne avtalen)
- å opplyse om det er behov for særlig oppfølging i forbindelse med medisineren (observasjon el.)
- Leverer legemiddel til barnehagen eller skolen/SFO (skjema for mottak av medisiner fra foresatte/eleven til barnehage/skole/SFO benyttes)
- at doseringseske (eller tilsvarende) som leveres inneholder riktig legemiddel og riktig mengde. Doseringesker skal være merket med barnets navn, innhold, tidspunkt for utlevering og aktuelle datoer
- å opplyse om eventuelle endringer i medisineren

Barnehage/skole/SFO sørger for:

- at legemidler oppbevares forsvarlig (bør låses inn og oppbevares adskilt for hvert enkelt barn)
- å gi legemidlene i henhold til medisinoversikten og denne avtale
- å varsle foresatte om ev. utglemte doser
- å følge veiledning for uventede hendelser og varsle foresatte ved ev uventede hendelser
- å benytte relevante skjemaer (krysset av i kolonnen "skjemaer")
- at styrer/rector legger til rette for at ansatte som skal bistå med medisiner får nødvendig opplæring, og at opplæringen oppdateres/gjentas
- å kontakte fastlege/behandlende lege dersom det er behov for bistand fra helsepersonell. (Helsestasjon/skolehelsetjenesten kan eventuelt kontaktes dersom foresatte har samtykket til dette).
- å kontakte legevakten/akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (113) tilkalles dersom alvoret i situasjonen tilsier dette.
- at avtalen og de ulike skjemaene ligger i barnets mappe
- at personvernet ivaretas

Navn på personer som bistår barnet/eleven med medisiner:

- 1
- 2
- 3
- 4

Medisinsk tilstand (relevant info om sykdomstilstand, ev symptomer):

Kompetanse/opplæring:

Hvilken kompetanse er nødvendig for personalet som skal medisinere:

Hvem gir opplæring til personalet:

Uventede hendelser:

Dersom det oppstår *komplikasjoner / uventede hendelser* hva enten det gjelder selve medisineringen eller barnets helsetilstand må barnehagen/skolen/SFO sørge for å varsle foresatte. Feil rapporteres skriftlig til styrer/rektor og foreldre/foresatte. Dette følges opp av styrer/rektor.

Type anfall: _____
(Allergisk reaksjon/anafylaktisk sjokk/Astma anfall/Diabetes (føling/insulinsjokk)/Epileptisk anfall/Annet).

Hvis barnet får anfall som nevnt over kan det gi følgende utslag/vise seg ved følgende symptomer:

Ved anfall gjøres følgende:

Ved anfall/reaksjon bruker barnet følgende medisiner:

Barnet kan også hjelpes ved å:

SAMTYKKEERKLÆRING:

For at barnehage/skole/SFO skal kunne be om bistand fra helsestasjon/skolehelsetjeneste må foresatte samtykke. Gis slikt samtykke?

JA NEI (sett ring rundt svaret)

SKJEMA:

Følgende skjema er vedlagt denne avtalen:

Skjema for medisinoversikt: **JA NEI** (sett ring rundt svaret)

Mottak av medisiner fra foresatte til barnehage/skole/SFO: **JA NEI** (sett ring rundt svaret)

Skjema for utlevering av medisiner fra barnehage/skole/SFO til barnet/eleven: **JA NEI** (sett ring rundt svaret)

Sted/dato:

Foresatte

Styrer/rektor

SKJEMA FOR MEDISINOVERSIKT

Barnets navn: _____ Født: _____

Barnehage/skole: _____

Avdeling/klasse: _____

Navn på medisin som skal gis:	Tidsperiode (til/fra)	Dose	Styrke og form ⁱ	Opplysninger. Hvordan skal medisinen gis:

Medisinsk tilstand (relevant info om sykdomstilstand, ev symptomer):

Medisinens virkninger og ev. bivirkninger (se individuell avtale for nærmere veiledning):

Eventuelt andre opplysninger:

Kontaktopplysninger for foresatte:

Foresatt 1:
Navn: _____

Foresatt 2:
Navn: _____

Tlf. arbeid: _____

Tlf. arbeid: _____

Tlf. privat: _____

Tlf. privat: _____

Lege, navn: _____

Tlf: _____

Sist oppdatert. Dato/sign foresatte: _____

ⁱ Form betyr her om det er tablett, depottablett, inhalasjon mv.

