Avtale om legemiddelhåndtering

Avtale mellom barnets foresatte og fast ansatt personale ved …………………………………………………..barnehage om medisinering av barn i barnehagen.

Følgende fast ansatte personer

1. …………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. …………………………………………………………………………………………………………………………………….

3. …………………………………………………………………………………………………………………………………….

vil sørge for å utlevere legemidler til:

Barnets navn: …………………………………………………………….. Fødselsdato: ……………………………………..

mens barnet oppholder seg i ……………………………………………………. barnehage.

Oversikt over barnets nåværende legemiddelbruk følger vedlagt på:

* Et legemiddelkort
* En instruks for akuttmedisinering signert av lege.

Det tillates at barnehagen oppbevarer disse opplysningene i barnehagen.

Legemidlene vil bli levert:

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Særlige hensyn i forhold til oppbevaring:

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Det tillates at barnehagen kontakter behandlende lege i spesielle situasjoner hvis det skulle oppstå uklarheter om medisineringen.

Dette forutsetter at foresatte har avklart med legen om oppheving av taushetsplikten.

Legens navn: ………………………………………………………………….. Telefon: ……………………………………..

Undertegnede foresatte har ansvar for:

* At opplysningene på legemiddelkortet til en hver tid er korrekte
* Å levere oppdatert instruks for akuttmedisinering i barnehagen dersom det skjer endringer i medisineringen.
* Å levere legemidler til barnehagen. Tabletter leveres i dosett merket med dato, klokkeslett, innhold og barnets navn. Andre legemidler leveres i originalforpakning med etikett fra apoteket.

INFORMASJON/OPPLÆRING FRA BARNETS FORESATTE TIL BARNEHAGENS PERSONALE

Foresatte (evt. Helsepersonell) har gitt barnehagens personale nødvendig opplæring i bruk av følgende legemidler og utstyr (bruk og observasjoner):

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dato: …………… Foresatte: …………………………………………………………Telefon: ………………………………..

 ………………………………………………………...Telefon: ………………………………..

Vi påtar oss å følge avtalen om legemiddelhåndtering og retningslinjene for

legemiddelhåndtering mens barnet er i barnehagen.

Dato: ………….. Daglig leder: ……………………………………………………..

 Personalet: ………………………………………………………

 ………………………………………………………

 ………………………………………………………

Legemiddelkort

**For medisinering i barnehagen.**

Barnets foresatte er ansvarlige for at legemiddelkortet som leveres barnehagen, inneholder riktige opplysninger, og at det leveres nytt legemiddelkort ved endringer i medisineringen.

Barnets navn: ………………………………………………. Fødselsdato: …………………

FASTE LEGEMIDLER i barnehagen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Legemiddel, styrke, legemiddelform** | **Dose kl.** | **Dose kl.** | **Dose kl.** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

OBSERVASJONER som personalet **skal** være oppmerksom på i forbindelse med utlevering av legemidler:

……………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….....

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………….....

AKUTTMEDISIN? JA NEI

Hvis JA, se detaljert instruks for akuttmedisinering.

Dato: …………….... Foresatte: ……………………………………………………… Telefon:…………………………

 Foresatte: ……………………………………………………… Telefon:…………………………

Dato: …………….... Behandlende lege: ……………………………………………. Telefon:…………………………