# Samtykke og avtale om ansvar for medisinering av barn/elev i barnehage, på skule/SFO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Informasjon om eleven** | | |
| Namn: | | |
| Fødselsdato: | | |
| Skule: | | |
| Klasse/gruppe: | | |
| Eleven si adresse: | | |
| **Eleven sine føresette** | | |
| Mors namn: | | Fars namn: |
| Adresse: | | Adresse: |
| Mobil: | | Mobil: |
| Telefon arbeid | | Telefon arbeid: |
| **Informasjon om ansvarleg helsepersonell** | | |
| Namn og telefon til ansvarleg lege: | | |
| Namn og telefon på anna ansvarleg helsepersonell: | | |
| Namn på opplæringsansvarleg for medisinhandtering: | | |
| **Diverse opplysningar** | | |
| Namn på ansvarleg for fornying og oppdatering av samtykkeerklæringa og avtalen: | | |
| Det vert tillate at barnehagen / skulen oppbevarer desse opplysningane på eigna stad | | |
| Legemidla skal oppbevarast iht. Legemiddellova § 29 | | |
| Føresette som har underteikna avtalen er ansvarleg for at opplysningane på legemiddelkortet er riktige | | |
| Ansvaret for nødvendig informasjon og opplæring av personalet ligg på barnet /eleven sine føresette / lege og er utført av: | | |
| Barnehagen / skulen sørgjer for at barnet / eleven får medisinen sin ut i frå avtalen og i samsvar med medisinoversikt utarbeidd som skildra i Rundskriv I-5/2008; Håndtering av legemidler i barnehage, skole og skolefritidsordning. | | |
| Føresette har underskrive avtalen og samtykker i at personalet kontaktar helsepersonell ved behov | | |
| **Anna (notatfelt m.m.)** | | |
|  | | |
| **Eventuelle deltakarar i barnet / eleven sin Individuelle Plan (IP)** | | |
| Namn og rolle: | | |
| **Eventuelle deltakarar i barnet / eleven si ansvarsgruppe** | | |
| Namn og rolle: | | |
| **Namn på personale som er gitt løyve til medisinering** | | |
| Namn med blokkbokstavar og underskrifter: | | |
| **Vedlegg** | | |
| Ferdig utfylt legemiddelkort for barnet / eleven si medisinering som inneheld:   * Oversikt over type legemiddel, styrke, form og mengde med legen sin signatur * Avtalt tid for medisinering og kommentarfelt for eventuelle omstende * Underskriftsfelt med dato og tidspunkt kor den som gjennomfører medisineringa skriv under kvar gong medisinen er gitt   Kortet skal vere kjent og tilgjengeleg for den som har ansvar for medisineringa. | | |
| Instruks for akuttmedisinering underteikna av lege (som vedlegg eller i eigen perm) | | |
| Relevante helseopplysningar som vedlegg eller i eigen perm | | |
| Stad og dato: | | |
| **Styrar/ rektor sitt namn** | | |
| Namn (blokkbokstavar) | Underskrift: | |
| **Føresette sine namn** | | |
| Namn (blokkbokstavar) | Underskrifter: | |
| Avtalen skal underteiknast i to eksemplar: eitt til føresette og eitt til skulen- lagrast i elevmappa på ephorte. | | |