

AVTALE OM MEDISINERING AV BARN I GNISTEN BARNEHAGE SA

Avdeling: _____

Barnets navn: _____ Født: _____

Adresse: _____ Postnr./Sted: _____

Avtalen er mellom Gnisten barnehage SA og foresatte om:

- medisiner i barnehagen
- innlevering av medisiner – oppbevaring av medisiner

Foresatte sørger for:

- å orientere barnehagen v/daglig leder om behovet for medisiner
- å gi relevante opplysninger for medisiner 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 medisiner (observasjon el.)
- Leverer legemiddel til barnehagen (skjema for mottak av medisiner fra foresatte til barnehage 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 medisiner

Barnehagen 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. uteglemte doser
- å følge veiledning for uventede hendelser og varsle foresatte ved ev uventede hendelser
- å benytte relevante skjemaer (krysset av i kolonnen "skjemaer")
- at daglig leder 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 kommunikasjonssentral (113) tilkalles dersom alvoret i situasjonen tilsier dette.
- at avtalen og de ulike skjemaene ligger i barnets mappe
- at personvernet ivaretas

NAVN PÅ ANSATTE SOM BISTÅR BARNET MED MEDISINERINGEN:

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 sørge for å varsle foresatte. Feil rapporteres skriftlig til daglig leder og foreldre/foresatte. Dette følges opp av daglig leder.

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 barnehagen 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: **JA NEI** (sett ring rundt svaret)

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

Sted/dato: _____

Foresatte

Daglig leder