

LAPSEN YKSILÖLLINEN LÄÄKEHOITOSUUNNITELMA/ SAIRAANHOIDOLLISET TOIMENPITEET

Suunnitelmaa päivitetään lukuvuosittain, ja aina kun lääkehoidossa tapahtuu muutoksia.

Huoltaja vastaa siitä, että lapsen lääkehoidon tarve ja lääkehoidon kannalta kaikki tarvittava tieto on käytettävissä. Huoltaja vastaa myös lapsen yksilöllisen lääkkeen toimittamisesta. Kaikki lapsen lääkehoitoon osallistuvat tahot toimivat yhteistyössä huoltajien kanssa.

Huoltajat tuovat lääkkeet alkuperäispakkauksessa siten, että lääkärin määräys (lääkkeen nimi, vahvuus, annostus ja lapsen nimi) on luettavissa tai dosetissa, jonka takakannessa on tarkat tiedot lääkkeestä. Vaihtoehtoisesti voi tuoda kopion alkuperäisestä reseptistä kouluun. Myös lääkkeen valmisteyhteenvedon eli pakkauksessa olevan ”käyttöohjeen” tulee olla lääkkeen antajan käytettävissä.

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Huoltajien nimet: _____ Puhelinnumero, joista tavoittaa päivisin: _____

Hoidosta vastaava terveydenhuollon yksikkö/ lääkäri/ puhelinnumero: _____

TIEDOT LÄÄKKEESTÄ/LÄÄKEHOIDOSTA/TOIMENPITEESTÄ

Sairaus, johon lääkettä annetaan/ toimenpidettä tarvitaan: _____

Lääkkeen nimi, annostus ja lääkkeenantotapa/ peg-ruokinta/ katetrointi: _____

Lääkkeen säilytys: _____

Lääke vastaanotettu/ pvm/ työntekijä: _____

Lääkehoitoon/ toimenpiteisiin osallistuvat työntekijät: _____

Perehdytyksestä vastaava (lääkäri/ th/ huoltajat):

Milloin lääkehoitoa/ toimenpidettä tarvitaan:

Mitä oireita seurataan:

Menettelytavat poikkeustilanteissa (esim. retket):

Huoltajille ilmoittaminen seuraavissa tilanteissa:

Ilmoitus hätäkeskukseen 112/ ensihoitoyksiön kutsuminen:

Lääke / lääkkeen antamisessa/ toimenpiteessä käytetty väline hävitetään:

Kenen muun on tiedettävä tästä suunnitelmasta (hoitoketju):

LAPSEN LÄÄKEHOIDON / TOIMENPITEIDEN SUUNNITELMAN LAADINTAAN OSALLISTUNEET:

(allekirjoitukset)

_____/_____.20____

Sopimus lääkehoidon/sairaanhoidollisten toimenpiteiden toteuttamisesta. Olen tietoinen, että kaikilla koulun työntekijöillä ei ole sairaanhoidollista koulutusta. Yllä mainitut henkilöt on perehdytetty ja muu henkilökunta informoitu edellä mainittujen lääkehoidon/sairaanhoidollisten toimenpiteiden toteuttamiseen. Annan luvan edellä mainitulle henkilölle.

Huoltajien allekirjoitukset:

Esimiehelle (rehtori) kopio ja tiedoksi_____