

AVTALE OM MEDISINERING AV BARN I BJERKÅSHOLMEN BARNEHAGE AS

BARNEHAGE **Bjerkåsholmen barnehage as**

Avdeling _____

Barnets navn _____

Født _____

Adresse _____

Post nr.: _____

Sted _____

Avtalen er mellom parter om medisiner, innlevering av medisiner – oppbevaring av medisiner

Barnehage

Bjerkåsholmen barnehage as

Foresatte

1. _____

2. _____

Foresatte (eldre elever) sørger for:

- å orientere barnehagen v/styrer 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.) – å levere 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
- at doseringsesker skal være merket med barnets navn, innhold, tidspunkt for utlevering og aktuelle datoer - å opplyse om eventuelle endringer i medisineren

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 styrer/rektor legger til rette for at ansatte som skal bistå med medisineren 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 personer som bistår barnet/eleven med medisinerings:

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	Styrer (BHT, kursarrangør).

Uventede hendelser:

Dersom det oppstår komplikasjoner / uventede hendelser hva enten det gjelder selve medisineringsen eller barnets helsestilstand må barnehagen sørge for å varsle foresatte. Feil rapporteres **skriftlig** til styrer og foreldre/foresatte.

Dette følges opp av styrer. Meldes digitalt til PBL forsikring (Gjensidige)

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:	Følg beredskapsrutiner på PBL mentor.
Ved anfall/reaksjon bruker barnet følgende medisiner:	
Barnet kan også hjelpes ved å:	

SAMTYKKEERKLÆRING

For at barnehage skal kunne be om bistand fra helsestasjon/skolehelsetjeneste må foresatte samtykke. *(sett ring rundt svaret)*

JA

NEI

SKJEMA:

Følgende skjema er vedlagt denne avtalen. Skjema for medisinersikt. *(sett ring rundt svaret)*

JA

NEI

Mottak av medisiner fra foresatte til barnehage *(sett ring rundt svaret)*

JA

NEI

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

JA

NEI

Sted

Foresatte

Dato

Mor

Far

Sted: **Bjerkås**

Styrer

Dato:

Ksenia Engelschøn