

EGENVÅRDSPLAN I SKOLAN

ÖVERENSKOMMELSE OM UTFÖRANDE AV EGENVÅRD GÄLLANDE

AVSER LÄSÅR: _____

Elevens förnamn och efternamn	Elevens personnummer
Skola	Klass

SJUKDOM/HÄLSOPROBLEM

Sjukdom/Hälsoproblem/Egenvård som ska utföras	Tidsperiod (datumintervall alternativt löpande)
Behandlande läkare/Arbetsställe	

BEHÖVER ELEVEN BEHANDLAS MED LÄKEMEDEL I SKOLAN? ja nej

LÄKEMEDEL

Läkemedlets namn	Dos (mängd och antal ggr per dag)
Hur intas läkemedlet? (munnen, stjärten, annat sätt)	Läkemedlet förvaras (var i skolan)
Klockslag/tidpunkt att ge läkemedel (alternativt akut vid symtom)	
Symtom på eleven då läkemedlet ska ges akut	

FÖRÄLDRARNA ANSVARAR ATT:

- läkemedlet är i originalförpackning märkt med elevens namn, personnummer, läkemedlets namn och dosering
- läkemedlet inte är för gammalt
- pedagoger är informerade om:
 - VARFÖR läkemedlet ska tas
 - HUR läkemedlet ska tas
 - NÄR läkemedlet ska tas

PEDAGOGERNA ANSVARAR ATT LÄKEMEDEL ET GES:

- till rätt elev
- i rätt dos
- vid rätt tidpunkt

HANDLINGSPLAN ÖVER EGENVÅRD I SKOLAN (förslagsvis plan med instruktioner, rutin vid särskilda tillfällen, informationsöverföring, vem kontaktas vid behov)

EGENVÅRDSPLANEN FÖRNYAS VARJE LÄSÅR OCH UPPDATERAS/UTVÄRDERAS/AVSLUTAS (förslagsvis vid IUP samtal)

PEDAGOG/ER SOM VARIT DELAKTIG VID UPPRÄTTANDE AV EGENVÅRDSPLANEN

VÅRDNAÐSHAVARE (1)

VÅRDNAÐSHAVARE (2)

För- och efternamn	För- och efternamn
Telefonnummer dagtid	Telefonnummer dagtid

- Jag samtycker till att skolpersonalen som är involverad i barnets/elevens egenvård får ta del av nödvändig medicinsk information om barnet/eleven. Jag medger också att skolan får ha informationsutbyte med behandlande sjukvårdsenhet kring ovanstående barns/elevs egenvård om det är nödvändigt.

Datum Vårdnadshavares underskrift Namnförtydligande

Datum Vårdnadshavares underskrift Namnförtydligande

PEDAGOG/ER SOM TAGIT DEL AV EGENVÅRDSPLANEN (signatur)
