



PROSEDYRE FOR AKUTT MEDISINERING

Navn:	Født:
Barnehage/skole/SFO:	
Avdeling/klasse:	
Type anfall:	

(Allergisk reaksjon/ anafylaktisk sjokk, astmaanfall, lavt blodsukker ved diabetes/epileptisk anfall/annet)

Hvis barnet får allergisk reaksjon/anafylaktisk sjokk/astmatisk anfall/epileptisk anfall/lavt blodsukker ved diabetes kan det gi følgende utslag/vise seg ved følgende symptomer:

Type anfall/reaksjon:	
Symptomer/utslag:	
Ved anfall gjøres følgende:	
Ved anfall/reaksjon bruker barnet følgende medisiner:	
Du kan også hjelpe barnet ved å:	

Kontakt lege hvis:	
Lege (navn, tlf):	

Barnets foreldre skal kontaktes:

Kontaktinformasjon til foreldre/foresatte:	
Foresatt 1:	Foresatt 2:
Tlf (arbeid):	Tlf (arbeid):
Tlf (privat):	Tlf (privat):

Dato, sign behandlende lege

Dato, sign foreldre

Prosedyren er gyldig for ett år.

Lege må bekrefte under om den fortsatt er aktuell uten endring eventuelt fyller ut en ny prosedyre.

Forlenget gyldighet gis:

Dato, sign behandlende lege