



# Egenvård

## Handlingsplan vid egenvård

Elevens namn: .....

Personnummer: .....

Årskurs/klass: .....

Sjukdom/ Allergi: .....

Vårdnadshavare 1: .....

Telefon dagtid: .....

Vårdnadshavare 2:.....

Telefon dagtid: .....

Symtom på allvarlig reaktion eller behov av medicinering kan vara:

.....  
.....  
.....

- Vid akut situation ring 112
- Uppträd lugnt och lämna aldrig elev ensam
- Kontakta alltid vårdnadshavare

Medicinen förvaras i .....

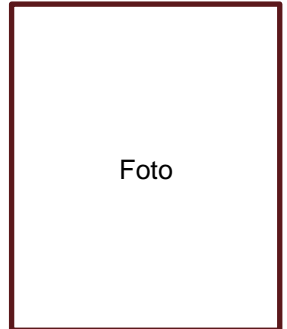
Läkemedlet heter: .....

.....

Instruktion vid medicinering:.....

.....

.....



Foto



# HAGSTRÖMSKA GYMNASIET

Övrigt som personal ska göra/ observera i samband med allergisk reaktion eller medicinering:

.....

.....

.....

## Ansvar

Vårdnadshavare ansvarar för:

- att personal är informerad om läkemedlet
- varför det ska tas
- hur det ska tas
- rätt dos
- rätt tidpunkt
- läkemedlet inte passerat utgångsdatum
- att det finns rätt mängd läkemedel på skolan

Personalen ansvarar för att det är:

- rätt elev
- rätt läkemedel
- rätt dos
- rätt tidpunkt

Behandlande läkare/ sjuksköterska, sjukhus och kontaktuppgifter:

.....

.....

.....



# HAGSTRÖMSKA GYMNASIET

Denna överenskommelse är upprättad datum .....

giltig fr.o.m ..... t.o.m .....

## Personal som tagit del av handlingsplanen:

Underskrift:

Datum:

1. ....

2. ....

3. ....

## Rektor:

Underskrift:

Datum:

.....

.....

Denna blankett kommer att förvaras på skolans personalrum/annan lämplig plats så berörd personal har tillgång till informationen. Kopia till rektor.

Det är vårdnadshavares ansvar om förändring sker i medicineringen att ompröva beslutet, informera skolan och att ny blankett upprättas. Ny blankett upprättas inför varje nytt läsår. Om skolpersonal eller vårdnadshavare upptäcker att egenvården inte fungerar ska en omprövning av bedömningen av egenvården göras.

## Vårdnadshavare:

Underskrift:

Datum:

.....

.....

.....

.....