

Kære forældre/væрге

Vi ønsker at passe bedst muligt på dit barn/ung, når det er i vores varetægt, og minimere risikoen for fejl bedst muligt. Derfor har vi faste rammer i forhold til medicinbehandling. Det er vigtigt at I som forældre/væрге sikrer at nedenstående overholdes.

Som forældre/væрге er det jeres ansvar:

- at benytte de af CBF udleverede medicinskemaer
- at medicinskema er udfyldt med en letlæselig håndskrift eller udfyldt elektronisk
- at benytte de af CBF udleverede medicinæsker
- at sikre at medicinæsker fremstår rene og hygiejniske
- at medicinskemaet altid er opdateret i forhold til aktuel medicin
- at dosere jeres barn/unges medicin korrekt jævnfør lægelige ordinationer
- at den medsendte medicin er i overensstemmelse med medicinskemaet
- at medicinskemaet følger medicinen ved ankomst til aflastning
- at alt ordineret og aktuelt medicin (også naturlægemidler/kosttilskud/håndkøbsmedicin/PN- medicin) fremgår af medicinskemaet
- at der medsendes ekstra medicin i original emballage påført navn og cpr. til brug ved svind/opkast/afvigelse m.v.

Hvis barnet/den unge får ikke dispenserbar medicin (flydende medicin/cremer m.m.) eller PN-medicin skal præparaterne være påført tydeligt navn og cpr. Præparaterne skal være medsendt i original emballage.

Mangler I nye medicinskemaer, kan I henvende jer til medarbejderne som gerne udleverer kopier eller tilsender skemaet elektronisk.

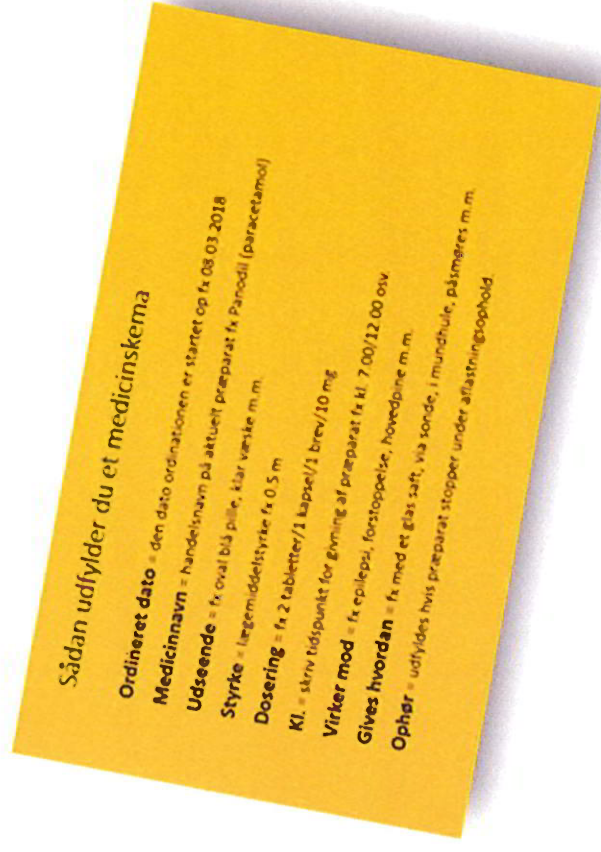
Medarbejderne må:

- kun håndtere medicin der fremgår af medicinskemaet
- kun give medicin, hvis antal og mængde stemmer overens med antal og mængde på medicinskemaet
- IKKE rette i medicinskemaet, eller på anden vis udfylde dette

Agerbo og Tjerringhus må ikke opbevare medicin, eller medicinskemaer, imellem aflastningsperioderne. Medarbejderne sørger for at pakke dette ned ved aflastningens ophør.

Med venlig hilsen

Alice Eijgendaal, leder Døgn & Familiestøtte Herning



Navn: _____ Cpr.nr. _____

Ordineret PN-medicin (medicin der gives efter behov)

Ordineret dato:	Medicin navn:	Udseende:	Styrke:	Max døgndosis:	Tid imellem:	Virker mod:	Gives hvordan:	Evt. Ophør:

Medicin navn:

Bemærkninger/givningsinstruks

Det bekræftes hermed at præparater i ovenstående medicinskema er lægeordineret.

Underskrift: Forældre/værgen: _____ Dato for udfyldelse: _____