Region Västmanland

Intyg egenvård för barn/ungdomar, förskola/skola/boende

Fylls i av hälso- och sjukvårdspersonal

Uppgifter om barnet /ungdomen

Barnets/ungdomens efternamn	Barnets/ungdomens förnamn	Personnummer

Förskola/skola/boende	Avdelning/Klass

Kontaktperson inom förskola/skola/boende	Telefonnummer förskola/skola/boende

Kontaktperson inom hälso- och sjukvård	Profession	Kontaktuppgifter

Syfte med behandlingen

Ange varför läkemedlet ska tas/behandlingen utföras. Något särskilt som kan behöva uppmärksammas

Barnets/ungdomens läkemedel eller annan behandling

Ange verksam substans, dosering, tidpunkt, hur läkemedlet ska tas. Ange om dosen kan ändras, dosintervall och om vårdnadshavare har mandat att meddela dosen. Aktuell behandling, material, tillvägagångsätt, tidpunkt. Upptrappningsschema eller annan förtydligande information kan bifogas.

Vad barnet/ungdomen behöver hjälp med

Ange vad barnet/ungdomen behöver hjälp med

Information om läkemedlet eller behandlingen

Hur och var läkemedlet/materialet bör förvaras, att tänka på vid utflykter, beakta utgångsdatum etc.

Intyget gäller till och med

Datum och underskrift ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal

Vid förändring i behandlingen omprövas beslutet och ny blankett upprättas. Om personal eller vårdnadshavare upptäcker att egenvården inte fungerar ska kontakt tas med kontaktperson inom hälso- och sjukvården för samverkan.

Fylls i av rektor/annan ansvarig

Vårdnadshavares/annan anhörigs telefon dagtid:	Telefonnummer (även riktnr)

Datum	Vårdnadshavere 1	Datum	Den som hjälper barnet/ungdomen i förskola/skola/boende
Datum	Vårdnadshavare 2	Datum	Den som hjälper barnet/ungdomen i förskola/skola/boende
Datum	Förskolechef/rektor/annan ansvarig	Datum	Den som hjälper barnet/ungdomen i förskola/skola/boende
		Datum	Den som hjälper barnet/ungdomen i förskola/skola/boende
		Datum	Den som hjälper barnet/ungdomen i förskola/skola/boende