

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

Med venlig hilsen

Birthe Rosendal, leder Tjørringhus og

Alice Eijgendaal, leder Døgn & Familiestøtte Herning



MEDICINSKEMA



Navn:	Cpr.nr.
--------------	----------------

Ordineret medicin														
Ordineret dato:	Medicin navn:	Udseende:	Styrke:	Dosis:	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Kl.	Virker mod:	Gives hvordan:	Bivirkninger:	Ophør:

Ordineret PN-medicin									
Ordineret dato:	Medicin navn:	Udseende:	Styrke:	Max døgndosis:	Tid imellem:	Virker mod:	Gives hvordan:	Bivirkninger:	Ophør:

Det bekræftes hermed at præparater i ovenstående medicinskema er lægeordineret.

Underskrift: Forældre/værge: _____

Dato for udfyldelse: _____