

Oppilaan lääkehoitosuunnitelma

Oppilaan nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	
Huoltajien nimet:	
Huoltajien puhelinnumerot, josta tavoittaa päivän aikana:	
Varahenkilö tilanteissa, joissa huoltajiin ei saada yhteyttä	
Hoitavan tahon yhteystiedot:	

Oppilaan lääkkeet ja lääkehoito koulupäivän aikana

Oppilaan ikätason mukaan lääke voi olla oppilaalla itsellään säilytyksessä, mikäli huoltajan kanssa näin sovitaan. Tällöin merkitään lääkkeen säilytys osioon "lääke oppilaalla", ja yliviivataan lääkkeen käyttöpäivämäärä sekä vastaanotto- ja luovutuskuittaus osiot.

Toistaiseksi jatkuva lääkitys

Tarvittaessa käytettävä lääkitys

Lääkkeen nimi:
Sairaus, jonka hoitoon lääkettä käytetään:
Annostus:
Antotapa:
Milloin lääkettä annetaan (esim. kellonaika, tilanne):

Liite 1

Lääkkeen säilytys:	
Lääkkeen viimeinen käyttöpäivämäärä:	
Lääkityksen toteuttaja ja varahenkilö koulussa:	
Seurattavat oireet: ja lääkkeen vaikutuksen seuranta	
Tilanteet, joissa ollaan yhteydessä huoltajiin:	
Tilanteet, joissa soitetaan hätäkeskukseen:	
Muuta lääkehoitoon liittyvää:	
Lääke vastaanotettu (pvm + vastaanottajan nimi)	Lääke palautettuhuoltajalle (pvm + luovuttajan nimi)

Huoltaja vastaa siitä, että koululaisen ja alle 18-vuotiaan opiskelijan lääkehoidon tarve ja lääkehoidon toteuttamisen kannalta kaikki tarvittava tieto on lääkehoitoon osallistuvien työntekijöiden käytettävissä. Huoltaja vastaa myös oppilaan tai opiskelijan yksilöllisen lääkkeen toimittamisesta kouluun/oppilaitokseen sekä lääkehoitoon liittyvien tietojen siirtämisestä tarvittaessa toiseen kuntaan tai kouluun/oppilaitokseen. Koulun/oppilaitoksen työntekijän oppilaalle tai opiskelijalle jakaman lääkkeen on aina oltava alkuperäispakkauksessa ja mukana on oltava kopio alkuperäisestä reseptistä, josta on käytävä ilmi annostus. Kaikki lapsen tai nuoren lääkehoitoon osallistuvat tahot toimivat yhteistyössä oppilaan, opiskelijan ja huoltajien kanssa. Suunnitelma päivitetään tarvittaessa ja aina kun lääkehoidossa tapahtuu muutoksia.

Allekirjoitukset

Päiväys	Huoltajan/huoltajien allekirjoitukset
__ . __ . 20__	_____
Päiväys	Lääkehoidon vastuuhenkilön allekirjoitus
__ . __ . 20__	_____

Päiväys	Rehtori nähnyt
__ . __ . 20__	_____