## Kære forældre/værge

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 medicinhåndtering. Det er vigtigt at I som

forældre/værge sikrer at nedenstående overholdes.

**Som forældre/værge 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
* Et billede, der indeholder tekst, skærmbillede, gul, Font/skrifttype

  Automatisk genereret beskrivelseat 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

* Ved akutte ændringer i medicin i en aflastningsperiode skal I som forældre selv forestå ændringerne.

Dvs. selv fylde i/tage op af æskerne, samt sikre at bostedet har et ajourført medicinskema.

* at der medsendes ekstra medicin i original emballage påført navn og cpr. til brug ved

svind/opkast/afvigelser 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

**Alice Eijgendaal**, leder Døgn & Familiestøtte Herning

Det bekræftes hermed at præparater i ovenstående medicinskema er lægeordineret.

Underskrift: Forældre/værge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato for udfyldelse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| **Navn:**  MEDICINSKEMA | | | | | | | **Cpr.nr.** | | | | | | **Evt. allergier:** | | | | | | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
| **Ordineret medicin (tabletter, kapsler)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ordineret dato: | Medicin navn: | | Udseende: | | | Styrke: | | Dosering: | | Kl.? | Kl.? | Kl.? | | Kl.? | Kl.? | Virker mod: | Gives hvordan: | | Evt. Ophør: | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | |
| **Ordineret medicin (flydende, cremer, pulver og andet der ikke kan doseres i medicinæske)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | |
|  |  | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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/værge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato for udfyldelse:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_