

INSTRUKS FOR AKUTTMEDISINERING



Barnets navn

Fødseldato

--	--

Skole

Klasse

--	--

Type anfall (Allergisk reaksjon/anafylaktisk sjokk/astma-anfall/diabetes/epileptisk anfall/annet)

--

Ved anfall gjøres følgende

--

Hva skal gis og hvordan

Legemiddel	Styrke	Legemiddelform	Enkeltdose	Tidsintervall	Total dose pr. anfall

Når skal foresatte kontaktes

--

Foreldre/foresatte 1

telefon dagtid

telefon privat

--	--	--

Foreldre/foresatte 2

telefon dagtid

telefon privat

--	--	--

Når skal lege kontaktes

--

Legens navn

telefon

--	--

Dato

Signatur lege

Dato

Signatur foreldre/foresatte

--	--	--	--