**SOPIMUS SAIRAANHOIDOLLISTEN TOIMENPITEIDEN**

**SUORITTAMISESTA / LÄÄKEHOIDON TOTEUTTAMISESTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lapsen/oppilaan nimi* | *Hetu*      | [ ]  Varhaiskasvatus[ ]  Nilakan yhtenäiskoulu |
| *Huoltaja*      | *Yhteystieto*      |
| *Milloin ja minkälainen sairaus lapsella/oppilaalla on todettu? Miten se näkyy arjessa?* |
| *Minkälaisia oireita ja seurantaa päivän aikana sairaus aiheuttaa?*      |
| *Miten usein lapsi/oppilas keskimäärin oireilee?*      |
| *Peruslääkitys, jota annetaan myös päivän aikana. Lääkelomake liitteenä* [ ] *Miten lääkkeitä annostellaan ja kuinka usein?*      |
| *Päivän aikana tarvittavat ensiapulääkkeet. Lääkelomake liitteenä* [ ] *Minkälaisilla oireilla lääkkeitä annetaan ja kuinka lääkkeet annetaan?*      |
| *Mitä muita toimenpiteitä tarvitaan ensiaputilanteissa?*      |
| *Keneen otetaan yhteys ensiaputilanteissa?*      |
| Annan ensisijaisesti seuraaville henkilöille luvan suorittaa huollettavalleni yllämainittuja sairaanhoidollisia toimenpiteitä ja/tai antaa lääkehoitoa:      Olen tietoinen, että kaikilla työntekijöillä ei ole sairaanhoidollista koulutusta.Yllämainitut henkilöt on perehdytetty ja muu henkilökunta informoitu edellä mainittujen toimenpiteiden/lääkehoidon toteuttamiseen.Perehdytyksen on antanut *(pvm ja henkilö)*      Ensiaputilanteissa kaikkien varhaiskasvatuksen/koulun henkilöstöön kuuluvien onvelvollisuus auttaa ja hoitaa lasta/oppilasta parhaan kykynsä mukaan. |
| *Muuta huomioitavaa*      |
| [ ]  Tietoa huollettavani sairaudesta saa antaa muille hoitolapsille/luokkatovereille ja/tai muille hoitajille/opettajille. Lisätieto:       |
| Tämä sopimus liitteineen säilytetään[ ]  Varhaiskasvatuksen Daisy-järjestelmässä[ ]  Kouluhallinto-ohjelma Wilmassa |
| Keiteleellä (pvm)      *Huoltajan allekirjoitus Varhaiskasvatuksen/koulun edustajan allekirjoitus**ja nimenselvennys ja nimenselvennys* |

**LAPSEN/OPPILAAN LÄÄKELOMAKE Liite**

|  |
| --- |
| *Lapsen/oppilaan nimi* |
| ***Lääkkeen nimi*** | ***Annostus ja lääkkeen antotapa*** | ***Mihin oireisiin?*** | ***Lääke vastaanotettu*** | ***Lääkkeen viimeinen käyttöpäivä*** | ***Lääkkeen******säilytyspaikka*** |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |