** Bilaga 2**

**Folkhälsan Syd Ab**

**MEDICINBLANKETT (för regelbunden medicin)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Barnets namn  | Barnets personbeteckning | Datum och vårdnadshavarens underskrift | ä |

# Barnet har

 matallergi

 astma, köldgräns -.…… °C då utelek skall undvikas

 allergiska eksem

 atopisk hy

 dammkvalsterallergi

 pollenallergi, vilken?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 djurallergi, vilken?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 överkänslighet för insektstick, vilken?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 annan allergi (t ex gummi, nickel, medicinöverkänslighet) vilken?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 EpiPen Jr® som förstahjälp

 annan sjukdom, vilken?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Mediciner**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| medicinens namn | dosering, hur ges medicinen (noga beskrivning över hur medicinen skall ges) | vid vilka symptom | regel-bundet | **vid behov** | **observera** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **given medicin:** | **dosering:** | **när:** | **underskrift** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |