



INSTRUKS FOR AKUTTMEDISINERING

Skal leveres til barnets barnehage/skole/SFO

av _____ (type anfall)

Barnets navn: _____ fødselsdato: _____

Beskrivelse av anfall:

I hvilke situasjoner skal behandling gis:

Beskrivelse av hva skal gis og hvordan:

Få med; Medisin navn –styrke- form / Mengde / tidsintervall / Maks total dose pr dag

Når kontaktes foreldrene:

Når kontaktes lege:

Dato: _____ Primærlege: _____ Tlf.: _____