

LAPSEN YKSILÖLLINEN LÄÄKEHOITOLUPA**Luvan saaja:** _____**Tällä luvalla sitoudun toteuttamaan tämän lapsen yksilöllistä lääkehoitoa.****Aamu- ja iltpäivätoimintaryhmä:**
_____**Lapsen nimi ja sotu:**

"Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Turvallinen lääkehoito (v.2005) mukaisesti lääkehoito perustuu potilaan, hänen omaisensa sekä lääkehoitoa toteuttavan työntekijän ja toimintayksikön johdon väliseen sopimukseen. Lääkehoitoon kouluttamaton henkilökunta voi osallistua luonnollista tietä annettavien tai ihon alle pistettävän hoidon toteuttamiseen yksittäistapauksissa tai tilannekohtaisen harkinnan, riittävän lisäkoulutuksen sekä osaamisen varmistamisen jälkeen."

Osaamisen varmistus:

Olen saanut huoltajilta/ asiantuntijalta riittävän perehdytyksen lapsen lääkehoitoon ja hoitotoimiin.

____ / ____ - ____
Päiväys_____
Lääkehoitoluvan saajan allekirjoitus

Lapsen huoltajien allekirjoitukset

____ / ____ - ____
Päiväys_____
_____**Lääkehoitoa antavan työntekijän suorittama tutkinto/ koulutus**

() Lääkehoitoon koulutettu nimikesuojattu terveydenhuollon ammattihenkilö

() Lääkehoitoon koulutusta saanut sosiaalihuollon ammatillinen henkilöstö

() Lääkehoitoon kouluttamaton henkilöstö

Lääkehoitoluvan hyväksyy päiväkodinjohtaja:____ / ____ - ____
Päiväys_____
Allekirjoitus

Lääkehoitolupa on voimassa _____ asti

1 kopia lääkehoitoluvasta toimintaryhmään

1 kappale lääkkeenantoluvasta työntekijälle