**Alaikäisen osallistujan yksilöllinen lääkehoitolupa**

Luvan saaja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tällä luvalla sitoudun toteuttamaan tämän osallistujan yksilöllistä lääkehoitoa.

Osallistujan nimi ja sotu:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tapahtuma, ajankohta ja paikka:

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

”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.

\_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pvm Lääkehoitoluvan saajan allekirjoitus

Osallistujan huoltajan allekirjoitus

\_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pvm Huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Huoltajan yhteystiedot toiminnon aikana: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lääkehoitoa antavan työntekijän tutkinto / koulutus

( ) Lääkehoitoon koulutettu nimikesuojattu terveydenhuollon ammattilainen

( ) Lääkehoitoon koulutusta saanut ammatillinen henkilö

( ) Lääkehoitoon kouluttamaton henkilö

Lääkehoitolupa on voimassa \_\_\_\_ /\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ asti

Lääkehoitoluvan hyväksyy hoitoa antavan työntekijän esimies / kirkkoherra

\_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pvm allekirjoitus

**Huoltajien ja / tai terveydenhuollon ammattilaisen antama osallistujan lääkehoidon perehdytys**

Osallistuja: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Toiminnon aikana lääkehoidosta vastaava työntekijä: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lääkehoidon perehdyttäjä (t) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

henkilökunnan perehdyttäjä pvm

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lääkehoitoa tarvitaan**  ( ) jatkuvasti  ( ) kausiluontoisesti  ( ) kuuriluontoisesti |  |  |  |
| **Lääkkeen antamiseen liittyvää** |  |  |  |
| **Muita tarvittavia toimenpiteitä ja kuinka usein** |  |  |  |
| **Mitä oireita seurataan**  A) taudista  B) lääkkeistä (sivuvaikutukset) |  |  |  |
| **Huoltajiin ollaan yhteydessä seuraavissa tilanteissa** |  |  |  |
| **Elvytys ja Ambulanssin kutsu** |  |  |  |
| **Muuta osallistujan sairaudesta johtuvaa lääkehoitoon tai lääkkeeseen sisältyvää (säilytys)** |  |  |  |