**Akut omhändertagande av…………………………………………………………………………** (Ex. Allergi, astma, diabetes, epilepsi)

 FOTO

Namn:………………………………………………………………………………………………………………….

Klass:………………………

Beskriv det akuta sjukdomsförloppet:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Vad ska vi på skolan göra:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

Vilka mediciner ska användas:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Telefonnummer att ringa vid akut sjukdom: ……………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Det medicinska ansvaret har doktor: ………………………………………………………………………………………………..

Vid:…………………………………………………………………………………….

**Denna information kommer att finnas i en pärm tillgänglig för all personal på skolan.**

**………………………………………………………………… …………………………………………………………..**

**Namn på uppgiftsutlämnare Datum**