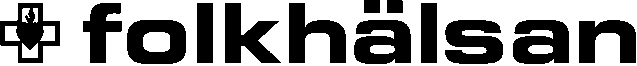
** Bilaga 2**

**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** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |