



# Egenvårdsplan

Plats för foto

Elevers namn

Elevers personnummer (ååååmmdd-xxxx)

Åtgärd som har bedömts som egenvård (Exempelvis handhavande av läkemedel, tablett, insulin)

Elevers behov av hjälp att utföra egenvården

Beskriv gärna orsak till behov av egenvård, sjukdom, svårighet etc.

Medicin/åtgärd

Dosering

Medicin/åtgärd ska ske (Ange exempelvis klockslag, ordination och/eller symtom)

*fortsättning på ovan*

Övrig information/instruktion kring egenvården

*fortsättning på ovan*

Vid akut situation (Eventuell åtgärd, kontakt, sjukvård eller inte aktuellt)

*fortsättning på ovan*

Vid akut situation ska all/flertalet av personalen kunna bistå vid egenvården

 JA  NEJ

Egenvårdsplanen kompletteras med behandlingsmeddelande från läkare angående akutmedicin, etc.

 JA  NEJ

Behandlande läkares underskrift\* (Signeras av skolläkare i vissa fall)

Namnförtydligan

Datum för uppföljning/omprövning av egenvård

Plats/ort

Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares underskrift

Personal behjälplig vid egenvård underskrift

Ställföreträdare personal vid sjukdom etc. underskrift

Rektors underskrift

Ort och datum

Original skrivs i tre exemplar, ett till vårdnadshavare, ett till rektor och ett till behjälplig personal, en kopia i skolans egenvårdspärm, tillgänglig för samtlig personal. Dokumentet uppdateras vid eventuella förändringar men som minst inför skolstart, varje höstterminsstart

\* Underskrift av läkare behövs endast om detta dokument används som egenvårdsplan