

Lundø Medicinkort 2024

Navn:	Cpr:	Ophold dato fra/til:
Allergi:	Udfyldes ved "åben indlæggelse" (Hospital/afd/tlf.):	
Kontaktperson for dette ophold: (Navn, mobil og mail)	Dato og Underskrift af forældre/væрге:	

Medicin

Vigtigt at der medbringes medicin til *hele opholdet* + 1 ekstra døgn dosis (reserve) *Alt medicin medbringes i aflåst Lundø medicintaske. *Medicinen doseres i Lundøs blå uge /dag doseringsæske. *Flydende medicin, cremer, dråber og PN medicin medbringes i originalemballage med navn og dato på for hvornår åbnet. Hvis har **Mavesonde** : *HUSK sonde + tilbehør* .

Medicin -Navn	Á mg/ml	Kl. _____ Stk./ml	Kl. _____ Stk./ml	Kl. _____ Stk./ml	Kl. _____ Stk./ml	Kl. _____ Stk./ml	Gives for :
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

PN-Medicin-Navn	Á mg/ml	Angiv:	Max* Døgn Dosis Pr.døgn :	Gives for :
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: 0.8em; margin-bottom: 5px;"> PN til Dagtilbud Medsendt <i>aflåst</i> i separat medicintaske der opbevares i skoletasken på Lundø </div> JA <input type="checkbox"/>		- Maximal døgn dosis der er ordineret* - Lægeinstruks ved akut PN behandling : <i>krampemedicin</i> gives efter x antal minutter, hvornår der skal ses effekt inden ringes 112 <i>astmamedicin</i> gives med x antal inhalationer		

Bemærkninger ift. opholdet: f.eks. NY medicin? Opstarts dato, ændret dosis, en fast rækkefølge medicin gives på? ifm. mad? Hvordan gives medicinen bedst hjemme? (med vand, knuses, med yoghurt el.lign.) m.m.

Udfyldes af Lundø:

FAST -Kvitteringsskema for medicin dispensering

Medicin optalt for *hele* opholdet af _____ (medarb. initialer) for _____ (Lundø Navnelabel på her)

Dato Døgn (10)	Optælling før gives				MORGEN Kl. + int.	MIDDAG Kl. + int.	AFTEN Kl. + int.	NAT Kl. + int.	Disp Aft/Nat	Bemærkninger UTH /Pakket af _____
	Mo	Mid	Aft	Nat						
1. D.-	int	int	int	int	Kl. int	Kl. int	Kl. int	Kl. int	int int	
2. D.-										
3. D.-										
4. D.-										
5. D.-										
6. D.-										
7. D.-										
8. D.-										
9. D.-										
10. D.-										

PN-Kvitteringsskema

Dato / Kl.	Medicin-navn	Dosis	Givet for	Ses Effekt? m.g.e /m.i.e. / efter tid ?	Int.	Bemærkninger UTH

Medicin Dok. J F M / A M J J A S / O N D	Dos.Prop	Scan i Bos	Lundø Note	L mail: lundoe@gentofte.dk
	Ja	Ja		
	Nej	D.		