# Opdracht

De ouder(s)/verzorger(s) van:

Achternaam kind:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Voornaam kind: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

verlenen hierbij opdracht aan de groepsleiding van groep: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

van IKC De Wereldwijzer te Vlaardingen, tot het toedienen/ zelf innemen \* van:

\* doorhalen wat niet van toepassing is

naam medicijn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ merk medicijn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*eventuele nadere omschrijving: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

voor datum vanaf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot en met: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

bij voorkeur op de volgende tijdstippen:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8uur | 9uur | 10uur | 11uur | 12uur | 13uur | 14uur | 15uur | 16uur | 17uur | 18uur |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Of: voor / tijdens / na de maaltijd\*

Bijzondere aanwijzingen: niet in combinatie met \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

zittend / op schoot / liggend / staand\*

\*omcirkel hetgeen van toepassing is

# Informatie over het medicijn

Het medicijn is aan de medewerkers overhandigd in combinatie met:

1. de originele gebruiksaanwijzing
2. de houdbaarheidsdatum
3. eventueel benodigde aanvullende informatie over of instructies voor:
* het bewaren van het medicijn
* de frequentie
* de wijze van toediening
* tijdstip van toediening

Mogelijke bijwerkingen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mogelijke aanvullende aandachtspunten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam van de arts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam apotheker: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Op dit formulier zijn de ‘Richtlijnen bij het verstrekken van medicijnen & bij medische handelingen’ van toepassing.)

Voor akkoord:

Vlaardingen, datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam ouder(s)/verzorger(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam directie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening\*: **\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* Mag in opdracht getekend worden.

NB: Dit formulier wordt na ondertekenen gedurende maximaal 3 jaar in het groepslogboek/ map bewaard.

* Het is verplicht onderstaande controlelijst in te vullen bij toedienen bovenstaande medicijnen.
* In te vullen door medewerker die medicijn toedient.
* Check vóór toedienen van de medicijnen of het juiste medicijn bij juiste kind hoort (zie formulier hierboven).

# Controlelijst

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naam medicijn** | **Naam kind** | **Datum** | **Tijdstip** | **Naam/Paraaf toediener** | **Opmerking** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |