 

## Brief Inventarisatie Medische Zorg

Aan de ouder(s)/verzorger(s) van onze leerlingen,

Veel van onze leerlingen hebben tijdens schooltijd behoefte aan medische zorg of ondersteuning. Deze wordt gegeven door onze verpleegkundigen en/of geautoriseerde klassenassistenten. Om dit goed te kunnen realiseren is het van belang, dat alle medische zorg, via de bijgevoegde formulieren of digitaal, zo volledig mogelijk wordt ingevuld.

**U kunt de formulieren downloaden via de website van de school:**

[www.de-trappenberg.nl/Ouders/Documenten](https://www.de-trappenberg.nl/Ouders/Documenten)

[www.collegedetrappenberg.nl/Ouders/Downloads](https://www.collegedetrappenberg.nl/Ouders/Downloads)

Deze kunt u digitaal invullen en zenden naar verpleegkundigen@de-trappenberg.nl

Het **handtekeningenblad** dient u uit te printen en ondertekend mee te geven naar school.

In de praktijk van alledag zijn er vaak **wijzigingen**, bijvoorbeeld in de medicatie van een leerling. De medewerkers die binnen de school met de zorg belast zijn, kunnen die verantwoordelijkheid alleen dragen als zij door u via het desbetreffende zorgformulier worden geïnformeerd.

**Wijzigingen die niet via de formulieren zijn doorgegeven worden niet uitgevoerd op school.**

Heeft u vragen, neem dan gerust contact op.

Met vriendelijke groet, mede namens Hanna Dikker Hupkes, arts DKP Onderwijsgroep,

Isabelle Klijn, verpleegkundige

Marion Veldhuyzen, verpleegkundige

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  | FormulierenMedisch Handelen |
|  |  |
|  | februari 2024 |

Inhoud

[Handtekeningenblad Zorg](#_Toc159330559)

[Formulier Toestemming medische handelingen](#_Toc159330560)

[Formulier Individueel zorgplan](#_Toc159330561)

[Formulier Medicijnenregistratie](#_Toc159330562)

[Formulier Epilepsie](#_Toc159330563)

[Formulier Sondevoeding](#_Toc159330564)

[Formulier Overgevoeligheid/Allergieën](#_Toc159330565)

# Handtekeningenblad Zorg

|  |  |
| --- | --- |
| Ouder/verzorger van:......... | Geboortedatum leerling:.. - .. - .... |

### Heeft ten behoeve van de zorg de volgende formulieren ingevuld\*:

[ ]  Toestemming medische handelingen

[ ]  Individueel zorgplan

[ ]  Medicijnenregistratie

[ ]  Epilepsie

[ ]  Sondevoeding

[ ]  Overgevoeligheid/Allergieën

[ ]  Er is **geen** individuele zorg nodig

\*Vink aan wat van toepassing is

|  |
| --- |
| Tevens toestemming voor incidenteel gebruik van medicijnen zoals: |
|  | Opmerkingen: |
| Paracetamol | [ ]  ja [ ]  nee | ......... |
| Ibuprofen | [ ]  ja [ ]  nee  | ......... |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam ouder/verzorger:......... | Datum:.. - .. - .... |
| Handtekening:      |  |

### In te vullen door school, voor gezien:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: .........Functie: ......... | Datum: .. - .. - .... |
| Handtekening:      |  |

# FormulierToestemming medische handelingen

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam leerling:** .........Geb. datum: .. - .. - .... | Datum: .. - .. - .... |
| Handtekening ouder(s)/verzorger(s):       |

|  |
| --- |
|  .........*(naam ouder / verzorger),*geeft toestemming om bij zijn/haar kind tijdens het verblijf op school / schooluitstapje de hierna genoemde handeling uit te voeren.Beschrijving van de uit te voeren medische handeling: ........Mogelijke complicatie: ........Mag uw zoon/dochter de handeling zelf uitvoeren?[ ]  ja [ ]  neeMag uw zoon/dochter de handeling aangeleerd worden?[ ]  ja [ ]  neeDe medische handeling dient te worden uitgevoerd:Aantal keren per dag: ........ Tijdstippen: ........Bijzonderheden: ........ |

# Formulier Individueel zorgplan

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam leerling:** .........Geb. datum: .. - .. - .... | Datum: .. - .. - .... |
| Handtekening ouder(s)/verzorger(s):       |

|  |
| --- |
| Beschrijving leerling, medische diagnose: |
| ......... |

|  |
| --- |
| In welk ziekenhuis is de leerling bekend? |
| ......... |

|  |
| --- |
| Beschrijving van de zorg / handelingen: |
| ......... |

|  |
| --- |
| Extra aandachtspunten, mogelijke complicaties: |
| ......... |

|  |
| --- |
| Specifieke afspraken met ouder(s)/verzorger(s): |
| ......... |

|  |
| --- |
| Zijn er bijzonderheden tijdens deelname van de leerling aan de volgende vakken: |
|  | Opmerkingen: |
| sport | [ ]  ja [ ]  nee | ......... |
| zwemmen | [ ]  ja [ ]  nee[ ]  n.v.t. | ......... |
| Praktijkvakken in het VSO, zoals koken/techniek | [ ]  ja [ ]  nee[ ]  n.v.t. | ......... |

# Formulier Medicijnenregistratie

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam leerling:** .........Geb. datum: .. - .. - .... | Datum: .. - .. - .... |
| Handtekening ouder(s)/verzorger(s):       |

### Hierbij geeft de ouder/verzorger van bovengenoemde leerling toestemming om deze leerling tijdens het verblijf op school de hierna genoemde medicijnen toe te dienen of zelfstandig te laten innemen.

In de kolom ‘wijze van toediening’ s.v.p. duidelijk aangeven hoe het middel gegeven moet worden, bijvoorbeeld: via mond/neus/oog/oor/huid/rectaal, voor/na maaltijd, niet met melkproducten, zittend, op schoot, liggend, staand etc.

|  |
| --- |
| Medicijnen schema |
| Naam medicijn | Dosering  | Wijze van toediening | Tijdstip  | Einddatum | Zelfstandig\* |
| ........ | ........ | ........ | ......... | ........ | [ ]  ja[ ]  nee |
| ........ | ........ | ........ | ......... | ......... | [ ]  ja[ ]  nee |
| ........ | ........ | ........ | ......... | ......... | [ ]  ja[ ]  nee |
| ........ | ........ | ........ | ......... | ......... | [ ]  ja[ ]  nee |
| ........ | ........ | ........ | ......... | ......... | [ ]  ja[ ]  nee |
| ........ | ........ | ........ | ......... | ......... | [ ]  ja[ ]  nee |
|  |
| Andere bijzonderheden |
| ......... |

\*doorhalen wat niet van toepassing is.

|  |
| --- |
| De geneesmiddelen dienen bewaard te worden op de volgende plaats: |
| .........(Bijvoorbeeld: in de koelkast of een andere plaats/ temperatuur) |

# Formulier Epilepsie

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam leerling:** .........Geb. datum: .. - .. - .... | Datum: .. - .. - .... |
| Handtekening ouder(s)/verzorger(s):       |

|  |
| --- |
| Onderhoudsmedicatie (alle, ook thuis gebruikte medicatie) |
| Naam | Hoeveelheid | Tijdstip | Dosis/dag |
| 1. ......... | ......... | ......... | ......... |
| 2. ......... | ......... | ......... | ......... |
| 3. ......... | ......... | ......... | ......... |

|  |
| --- |
| Epilepsie (omschrijving aanval) |
| ......... |
| Frequentie aanval: ......... | Jaartal laatste aanval: .... |

|  |
| --- |
| Beleid bij een epileptische aanval volgens protocol: |
| 1. Wanneer een epileptisch insult niet spontaan stopt binnen ... minuten, zal de volgende noodmedicatie worden gegeven: **Naam medicijn:** .........**Dosering:** .........**Toedieningswijze:** .........
2. Houdt het insult aan, dan zal ... minuten later nogmaals noodmedicatie gegeven worden van de zelfde dosis.
3. Blijft het insult aanhouden dan zal uw kind ingestuurd worden naar het ziekenhuis.
4. Indien er geen noodmedicatie aanwezig is op school zullen wij direct een ambulance bellen.

Eventuele opmerkingen / aanvullingen bij bovenstaand beleid:......... |

|  |
| --- |
| Controlerend arts m.b.t. de epilepsie (medicatie): |
| Naam | Specialisme | Ziekenhuis | Plaats |
| ......... | ......... | ......... | ......... |
| Wanneer uw kind i.v.m. de epilepsie naar een ziekenhuis gebracht moet worden, laten we hem/haar vervoeren naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. **Indien de behandelend specialist anders aangeeft,** dan hier onder graag vermelden: |
| ......... |

|  |
| --- |
| **Opbergplaats noodmedicatie op school:** (door school in te vullen)......... |

# Formulier Sondevoeding

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam leerling:** .........Geb. datum: .. - .. - .... | Datum: .. - .. - .... |
| Handtekening ouder(s)/verzorger(s):       |

|  |  |
| --- | --- |
| Soort sonde aansluiting | [ ]  Mic-Key-button / PEG / mini button[ ]  Neussonde[ ]  Jejenumsonde |
| Merk pomp\* ofHandmatig toedienen | ......... |
| Merk voedingincl. kcal/ml | ......... |
| Instellingenml. per uur, inloopsnelheid | ......... |
| Instellingen dose(s)Hoeveelheid ml | ......... |
| Tijdstip(pen) van toedienen | ......... |

|  |
| --- |
| Als de sonde los raakt is de afspraak\*\*:  |
| ......... |

\* Kopie handleiding toevoegen

\*\* Indien een Mic-Key sonde vervangen moet worden op school, moet er ook een reserve
Mic-Key in de klas aanwezig zijn.

# Formulier Overgevoeligheid/Allergieën

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam leerling:** .........Geb. datum: .. - .. - .... | Datum: .. - .. - .... |
| Handtekening ouder(s)/verzorger(s):       |

In de tweede kolom vult u specifiek in waarvoor uw zoon/dochter overgevoelig of allergisch is. Indien er geen allergie is kunt u deze leeg laten.

|  |
| --- |
| Mijn kind is overgevoelig / allergisch voor: |
| Medicijnen | ......... |
| Ontsmettingsmiddelen | ......... |
| Smeerseltjes / zalfjes tegen bijv. insectenbeten | ......... |
| Pleisters | ......... |
| Voeding – allergie: | ......... |
| Voeding – dieet: | ......... |
| Overige | ......... |

|  |
| --- |
| Mijn kind gebruikt de volgende medicatie voor zijn/haar allergieën: |
| Naam medicijn | Dosering  | Wijze van toediening | Zelfstandig\* |
| ......... | ......... | ......... | [ ]  ja[ ]  nee |

|  |
| --- |
| In het geval dat een kind een EpiPen nodig heeft, zorgen ouder(s)/verzorger(s) ervoor dat deze altijd meegaat naar school en nog houdbaar is.**Opbergplaats EpiPen op school:** (door school in te vullen)......... |