



GRAN KOMMUNE

## INSTRUKS FOR AKUTTMEDISINERING (fylles ut av lege)

Barnets/elevens navn: .....

Fødselsdato: .....

Adresse: .....

Navn foreldre:..... Tlf. dagtid: .....

Navn foreldre:..... Tlf. dagtid: .....

Ved ..... (type anfall)

Beskrivelse av anfall:

Situasjoner hvor behandling skal gis:

Hva skal gis og hvordan:

Legemiddel	Styrke	Form	Enkeldose	Intervall	Totalt dose per anfall

Lege kontaktes når: .....

.....

.....

Dato: ..... Behandlende lege: ..... Tlf.: .....