

MEDICATIEBELEID



VRIJE BASISCHOOL
MOERKERKE - DAMME

Vooreerst wil de school benadrukken, in het belang van andere kinderen en schoolteam, dat een zieke leerling niet thuishoort op school.

Toch kan het gebeuren dat een kind op school medicijnen moet innemen.

Daarom vragen wij een aantal regels te volgen:

- De school aanvaardt enkel medicijnen op doktersvoorschrift, ondertekend door de ouders. Zonder handtekening en stempel van de arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd.
- Geef de medicijnen in de originele verpakking en met een volledig en ondertekend doktersattest rechtstreeks af op school. Dus niet via de boekentas of leerling.
- Indien de periode waarbinnen het medicijn moet worden ingenomen, langer duurt dan een trimester, dient bij het begin van een nieuw trimester een nieuw formulier van de dokter te worden ingediend.
- Het schoolteam is medisch niet geschoold en mag volgens wet enkel maar toezien dat jullie kind medicijnen inneemt.
- In geen enkel geval mag medicatie worden doorgegeven aan een andere leerling.

Deel in te vullen door de ouders

Naam van de leerling die het medicijn dient in te nemen: _____

Geboortedatum: _____

Naam ouder: _____ Telefoonnummer ouder _____

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

Handtekening ouder(s)

Datum

Deel in te vullen door de arts

Naam van het medicijn: _____

Het medicijn dient te worden genomen van __/__/20__ tot __/__/20__.

Het medicijn dient dagelijks te worden genomen: om ____uur, om ____uur, om ____uur.

Dosering van het medicijn: (aantal tabletten, ml,...): _____

Wijze van gebruik (bv. oraal, percutaan, indruppeling, voor/na/tijdens de maaltijd...) _____

Wijze van bewaring (bv. koel): _____

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn: _____

Het medicijn mag niet worden genomen indien: _____

Naam van de arts: _____ Tel.nr. arts: _____

Handtekening van de arts

Stempel van de arts

Datum

Deel in te vullen door de school

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door (naam en functie van het personeelslid):

En indien afwezig door (naam en functie van het personeelslid): _____

Naam en handtekening van de directie

Handtekening van de betrokken personeelsleden