

## Egenvård – praktisk tillämpning i skolan

Rektorn på varje skola är ansvarig för att varje elev får hjälp med den egenvård som hen behöver.

**KUNGÄLVS  
KOMMUN**



### Akutmedicin - allergi

Foto

Elevens namn \_\_\_\_\_

Personnummer/LMA-nummer \_\_\_\_\_

Namn på vårdnadshavare \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Klass/Grupp \_\_\_\_\_

Skola \_\_\_\_\_

Vilken åtgärd har bedömts som egenvård? Barnets allergi och symtom?

Förvaring av läkemedel

### **Egenvård - ordination vid symtom på allergisk reaktion:**

1.  Ja ge adrenalinspruta (i lårets yttersida och håll kvar den i tio sekunder)
2.  Ja ge tablett (antihistamin) Preparat och dos: \_\_\_\_\_
3.  Ja ge tablett Betapred 0,5 mg Dos: \_\_\_\_\_ (löses i vatten)
4.  Ja ge behandling med astmamedicin preparat och dos:  
\_\_\_\_\_

### **Under tiden larmas ambulans via 112**

### **Symtom vid allergisk reaktion** Källa: Svenska barnläkarföreningen [barnallergisektionen.se](http://barnallergisektionen.se)

#### **Tidiga varningstecken som är särskilt alarmerande**

Generell klåda och ”myrkrypningar” i handflator, fotsulor eller hårbotten. Svullnad i mun och svalg och en metallisk/stickande känsla i munnen. Heshet/hosta/ymnig snuva/tryck över bröstet och andningssvårigheter.

#### **Begränsad allergisk reaktion:**

Hud: Klåda, rodnad, nässelutslag

Ögon/näsa: Ögonirritation med klåda/rodnad, irritation av näsans slemhinnor såsom klåda, nästäppa, rinnsnuva, nysning.

Mun/mage-tarm: Klåda i munnen, läppsvullnad, svullnadskänsla i mun och svalg. Illamående, magsmärtor, enstaka kräkning.

#### **Därutöver tillkommer vid kraftigare allergisk reaktion:**

Mun/mage-tarm: Ökande magsmärtor, diarré, upprepade kräkningar.

Luftvägar: Heshet, skällhosta, sväljningsbesvär, astmaliknande symtom

Hjärta-kärl: Hög puls, blodtrycksfall, svimning

Allmänna symtom: Uttalad trötthet, rastlöshet, oro, förvirring, medvetslöshet

**Även lätta symtom kan vara hotande – agera snabbt!**

Elevers namn: \_\_\_\_\_ Personnummer/LMA nr: \_\_\_\_\_

Ansvarig pedagog eller annan personal på skolan för elevens egenvård (flera bör utses):

Beslut om egenvård har inkommit från behandlande enhet  Ja  Nej

Startdatum för egenvård: \_\_\_\_\_

Behandlande enhet: \_\_\_\_\_

Kontaktuppgift: \_\_\_\_\_

Hur ska ansvarig personal få information eller instruktion om egenvård?

Vilka åtgärder ska vidtas och vem ska kontaktas om elevens situation förändras?

Hur och när ska bedömningen av egenvården följas upp?

Elevens namn: \_\_\_\_\_ Personnummer/LMA nr: \_\_\_\_\_

## Checklista

- Vårdnadshavare kontaktar ansvarig personal vid förändrad ordination
- Vårdnadshavare ansvarar för att aktuella läkemedel inte har passerat bäst-före-datum
- Vårdnadshavare ansvarar för att aktuella läkemedel finns med elev eller finns på skolan
- Ansvarig personal ansvarar för att läkemedlet följer med eleven vid till exempel utflykter
- Rektor ansvarar för att ansvarig personal har tillräcklig kompetens för uppdraget
- Rektor ansvarar för att vikarier och nyanställda får information och utbildning om elevens egenvård
- Vårdnadshavare godkänner att information om elevens egenvård finns i till exempel personalrummet

### Övriga kommentarer

Samtycke till att information får lämnas och tas emot mellan skola och behandlande enhet. Vårdnadshavarens medgivande finns  Ja  Nej

Samtycke till att delge information om elevens egenvård till övrig personal på skolan. Vårdnadshavarens medgivande finns  Ja  Nej

Egenvårdsplanen är godkänd av vårdnadshavaren  Ja  Nej

Egenvårdsplanen gäller till och med \_\_\_\_\_ om inga förändringar sker.

Datum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift vårdnadshavare

\_\_\_\_\_  
Underskrift rektor/ansvarig person