

INFORMASJON OM MIN EPILEPSI

Bilde

Elevens navn: _____

Fødselsdato: _____

Type epilepsi: _____

Beskrivelse av anfall: _____

Hvor ofte har eleven anfall: _____

Merker eleven på forhånd at anfallet kommer: _____

Bruker eleven akuttmedisin? _____

Har eleven Instruks for anfallshåndtering? _____

Har eleven behov for hvile etter anfallet? _____

Skal eleven ta medisiner på skolen? _____

Skal skolen ta noen spesielle hensyn på grunn av epilepsien? _____

Annen viktig helseinformasjon: _____

KONTAKTINFORMASJON

Mor: _____ Mobil: _____

Far: _____ Mobil: _____

Fastlege: _____ Telefon: _____

Barneavdeling: _____ Telefon: _____

[Revideres årlig] Dato: _____

Underskrift: _____



INSTRUKS FOR ANFALLSHÅNDTERING

Bilde

Elevens navn: _____

Anfallsbeskrivelse: _____

Instruks for bruk av akuttmedisin: _____

Instruks ved anfall (f.eks. tilrettelegging under og etter anfall, registrering, skal pårørende kontaktes): _____

[Revideres årlig] Dato: _____

Underskrift: _____

