

Instruks for akuttmedisinering

Av (type anfall)

Barnets navn: Fødselsdato:

Beskrivelse av anfall:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

I hvilke situasjoner skal behandling gis:

.....
.....
.....

Hva skal gis og hvordan:

Legemiddel	Styrke	Legemiddelform	Enkeltdose	Tidsintervall	Total dose pr anfall

Når kontaktes lege:

Dato: Fastlege: Telefon: