



Σύνδεσμος ΔΕΠΥ Κύπρου

ADD-ADHD Cyprus

Ζώντας με τη ΔΕΠΥ... μία επιτυχία τη φορά!

Αγαπητοί γονείς / κηδεμόνες,

Θέμα: Συγκατάθεση για επίβλεψη του παιδιού σας κατά τη λήψη του δικού του φαρμάκου

Σας γράφουμε για να ζητήσουμε τη γραπτή συγκατάθεσή σας, ώστε το προσωπικό μας να **επιβλέπει** το παιδί σας όταν παίρνει το δικό του συνταγογραφημένο φάρμακο κατά τη διάρκεια της παραμονής του μαζί μας.

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά την παρούσα επιστολή. **Το προσωπικό μας δεν μπορεί να χορηγεί οποιοδήποτε φάρμακο.** Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορούμε να δώσουμε, να μετρήσουμε, να εφαρμόσουμε ή να τοποθετήσουμε φάρμακο μέσα ή πάνω στο σώμα ενός παιδιού. Ο ρόλος μας περιορίζεται στην επίβλεψη του παιδιού σας ενώ το ίδιο παίρνει μόνο του το φάρμακό του, και μόνο με τη γραπτή σας συγκατάθεση.

Τι μπορούμε και τι δεν μπορούμε να κάνουμε

Το προσωπικό θα:

- Υπενθυμίζει στο παιδί σας πότε είναι η ώρα να πάρει το φάρμακό του, όπως έχει συμφωνηθεί μαζί σας
- Είναι παρόν και παρατηρεί ενώ το παιδί σας παίρνει το φάρμακο μόνο του
- Τηρεί αρχείο με την ημερομηνία, την ώρα και το φάρμακο που πήρε το παιδί σας
- Επικοινωνεί μαζί σας εάν το παιδί σας αρνηθεί, ξεχάσει ή φαίνεται αδιάθετο, και καλεί τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης εάν χρειαστεί
- Φυλάσσει το φάρμακο με ασφάλεια όταν δεν χρησιμοποιείται

Το προσωπικό δεν θα:

- Χορηγεί φάρμακο σε οποιαδήποτε μορφή, συμπεριλαμβανομένων χαπιών, υγρών, εισπνεόμενων σκευασμάτων, κρεμών, ενέσεων ή σταγόνων, και ποτέ οποιαδήποτε ελεγχόμενη ουσία ή φάρμακο που διατίθεται μόνο με ιατρική συνταγή, ακόμη και σε έκτακτη ανάγκη
- Μετρά, προετοιμάζει ή δίνει φάρμακο στο στόμα παιδιού
- Αποφασίζει, αλλάζει ή συμβουλεύει σχετικά με τη δοσολογία ή το χρόνο λήψης
- Επιβλέπει οποιοδήποτε φάρμακο χωρίς την υπογεγραμμένη συγκατάθεσή σας στο έντυπο που ακολουθεί

Τι χρειαζόμαστε από εσάς

- Το φάρμακο στην **αρχική του συσκευασία**, με σαφή ετικέτα που αναγράφει το όνομα του παιδιού σας, τη δόση και τις οδηγίες
- Σαφείς γραπτές οδηγίες για το πότε και πώς παίρνει το παιδί σας το φάρμακο και τι πρέπει να γίνει σε περίπτωση που παραλειφθεί μια δόση
- Άμεση ενημέρωση για οποιαδήποτε αλλαγή στο φάρμακο, στη δόση ή στην υγεία του παιδιού σας

- Επιβεβαίωση ότι το παιδί σας είναι σε θέση να παίρνει το φάρμακο αυτό **αυτόνομα**

Εάν το παιδί σας δεν είναι σε θέση να πάρει μόνο του το φάρμακό του, δεν θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε και θα επικοινωνήσουμε μαζί σας για να κανονίσουμε εναλλακτικές λύσεις.

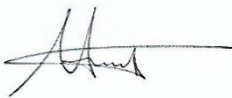
Πρώτες βοήθειες και έκτακτες ανάγκες

Η παρούσα επιστολή αφορά αποκλειστικά **συνταγογραφημένα φάρμακα**. Σε περίπτωση ατυχήματος ή τραυματισμού, διατηρούμε το δικαίωμα να παρέχουμε πρώτες βοήθειες σύμφωνα με τα συνήθη πρωτόκολλα, όπως η εφαρμογή αντισηπτικού, τσιρότων ή επιδέσμων. Αυτή είναι η μόνη εξαίρεση στον κανόνα μας ότι το προσωπικό δεν χορηγεί οτιδήποτε σε παιδί.

Δεν μπορούμε να χορηγήσουμε οποιαδήποτε ελεγχόμενη ουσία ή φάρμακο που διατίθεται μόνο με ιατρική συνταγή, ακόμη και σε έκτακτη ανάγκη. Σε περίπτωση ιατρικής έκτακτης ανάγκης, το προσωπικό θα καλέσει τις υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και θα επικοινωνήσει άμεσα μαζί σας.

Παρακαλούμε συμπληρώστε και επιστρέψτε το έντυπο συγκατάθεσης που βρίσκεται στην επόμενη σελίδα. Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μας.

Με εκτίμηση,



Avraamis Avraam

Υπεύθυνος Προγράμματος και Διασφάλισης
Σύνδεσμος ΔΕΠΥ Κύπρου

0

Έντυπο συγκατάθεσης γονέα / κηδεμόνα

Επίβλεψη αυτοχορήγησης συνταγογραφημένου φαρμάκου

Πλήρες όνομα παιδιού	
Ημερομηνία γέννησης	
Όνομα φαρμάκου	
Δόση	
Ώρα(ες) λήψης	
Λόγος λήψης φαρμάκου (προαιρετικό)	
Γνωστές αλλεργίες ή ειδικές οδηγίες	
Τηλέφωνο έκτακτης ανάγκης γονέα / κηδεμόνα	

Δήλωση

Είμαι ο γονέας / κηδεμόνας με νομική ευθύνη για το παιδί που αναφέρεται πιο πάνω. Δίνω τη συγκατάθεσή μου ώστε το προσωπικό του Συνδέσμου ΔΕΠΥ Κύπρου να **επιβλέπει** το παιδί μου κατά τη λήψη του συνταγογραφημένου φαρμάκου που αναγράφεται πιο πάνω, το οποίο το παιδί μου θα παίρνει μόνο του.

Κατανοώ και συμφωνώ ότι:

- Το προσωπικό **δεν μπορεί να χορηγήσει** οποιοδήποτε φάρμακο και θα επιβλέπει μόνο το παιδί μου ενώ το παίρνει μόνο του.
- Το παιδί μου είναι σε θέση να παίρνει το φάρμακο αυτό αυτόνομα.
- Το φάρμακο παρέχεται στην αρχική του συσκευασία, με ετικέτα.
- Θα ενημερώνω γραπτώς το προσωπικό για οποιαδήποτε αλλαγή στο φάρμακο, στη δόση ή στην υγεία του παιδιού μου.
- Το προσωπικό μπορεί να επικοινωνήσει μαζί μου ή να ζητήσει επείγουσα ιατρική βοήθεια εάν έχει ανησυχίες για το παιδί μου, και μπορεί να παρέχει βασικές πρώτες βοήθειες για μικρά ατυχήματα ή τραυματισμούς.
- Το προσωπικό δεν μπορεί να χορηγήσει οποιαδήποτε ελεγχόμενη ουσία ή φάρμακο που διατίθεται μόνο με ιατρική συνταγή, ακόμη και σε έκτακτη ανάγκη.

Όνομα γονέα / κηδεμόνα	
------------------------	--

Υπογραφή	
Ημερομηνία	