

**Tilapäinen/lyhytaikainen lääke** ajanjaksolle _____. 20 - _____. 20

Lapsen nimi:	syntymäaika:
Huoltajien nimet:	Puhelinnumero, josta tavoittaa päivän aikana:
Lääkkeen nimi:	Sairaus, jonka hoitoon lääkettä käytetään:
Annostus, lääkkeenantotapa ja kellonaika yksikössä:	Lääke säilytetään yksikössä:

Muut mahdolliset lääkehoitoon liittyvät toimenpiteet varhaiskasvatuksessa:
Missä lapsen muita mahdollisia lääkehoitoon liittyviä välineitä säilytetään yksikössä/ryhmässä:
Lapsen lääkehoidon toteuttajat varhaiskasvatuksessa:

Lääke vastaanotettu, päiväys ja työntekijän allekirjoitus: ____.____.20____
Päiväys ja huoltajan allekirjoitus: ____.____.20____

[illegible]

Lapsen tilapäinen lääkehoitosuunnitelma säilytetään kuluvan toimintakauden loppuun.