**SOUHLAS S PODÁVÁNÍM LÉKŮ**

Jméno dítěte ……………………………………………………………………….………………..………, datum narození…………………………...…………….. Váha dítěte………………………… kg (pro případné dávkování léků)

**□ Souhlasím** s tím, že mému dítěti budou v případě potřeby podávány níže uvedené léky a dezinfekce.\*

**□Požaduji** telefonickou konzultaci před podáním léků jiných než uvedených v seznamu.\*

Léky bude podávat osoba **s kvalifikací Zdravotník zotavovacích akcí** nebo v případě nouze, nepřítomnosti apod. jiná **pověřená dospělá osoba** (zástupný zdravotník).

Zákonný zástupce se zavazuje, že v případě nesouhlasu s podávanými léky či preference jiných léků místo námi uvedených, je zapíše do tabulky a odevzdá při odjezdu zdravotníkovi zabalené v sáčku se jménem dítěte a s písemnými instrukcemi k jejich podávání.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Druh léčiva**  | **Námi podávaný lék**  | **Vlastní lék**  |
| lék proti bolestem hlavy, zubů (analgetika)  | Ibalgin 200mg  |   |
| lék ke snížení zvýšené teploty (antipyretika)  | Paralen 500mg  |   |
| tablety proti nevolnosti při jízdě dopravním prostředkem (antiemetika)  | Kinedryl  |   |
| živočišné uhlí, lék proti zažívacím potížím  | Carbosorb, Endiaron  |   |
| nosní kapky na uvolnění nosních dýchacích průchodů (otorinolaryngologika)  | Nasivin  |   |
| roztok (sirup) nebo tablety proti kašli (antitusika, expektorancia)  | Islandský lišejník – Tbl. Stoptussin  |   |
| kloktadlo pro dezinfekci dutiny ústní a při bolestech hltanu (stomatologika)  | Tantum Verde  |   |
| mast nebo sprej urychlující hojení, např. popálenin (dexpantenolový sprej)  | Panthenol  |   |
| oční kapky nebo oční mast s dezinfekčním účinkem, oční voda na výplach očí (oftalmologika)  | Occusept Ophthalmo septonex  |   |
| mast nebo gel při poštípání hmyzem (lokální antihistaminika)  | Fenistil gel, Psilo – Balsam  |   |
| tablety při systémové alergické reakci (celková antihistaminika)  | Zyrtec  |   |
| **přípravek k dezinfekci kůže a povrchových ran**  | **Betadine, jod – jodisol, Septonex**  |   |
| **dezinfekční prostředek na okolí rány – inertní mast nebo vazelína**  | **Antiseptický sprej – Dettol**  |   |

V ……………………………………………………………………………….….……… dne ………………………………………………………

Podpis rodiče (zákonného zástupce): …………………………………………..…………………………………

\* V případě souhlasu zaškrtněte