



## Ffederasiwn Ysgol Dyffryn Dulas ac Ysgol Pennal



### CANIATÂD RHIANT/GOFALWR I'R YSGOL WEINYDDU MEDDYGINIAETH I DDISGYBL

- Ni fydd ein hysgol yn rhoi meddyginiaeth i'ch plentyn oni bai eich bod yn llenwi a llofnodi'r ffurflen hon.
- Os rhoddir mwy nag un meddyginiaeth, dylid llenwi ffurflen ar wahân ar gyfer pob un.
- Mae'n rhaid llenwi ffurflen newydd pan wneir newidiadau i'r ddos.
- Lle bo meddyginiaeth wedi'i benodi er mwyn cael ei gymryd mewn cyfnodau sy'n caniatáu i gwrs y feddyginiaeth gael ei weinyddu yn y cartref, dylai rhieni ymfyn i wneud hynny, e.e. cyn ac ar ôl ysgol ac ym min nos. Fodd bynnag, rydym yn deall y bydd achosion lle na fydd hyn yn briodol.
- Bydd rhieni/gofalwyr yn cael eu hysbysu fel y nodwyd ym mholisi'r ysgol pan fydd plentyn yn gwrthod meddyginiaeth neu pan y darperir meddyginiaeth mewn argyfwng.
- Gall rhieni/gofalwyr ofyn i gael gweld y cofnodion.
- Heb eithriad, ni ddylai'r disgyblion rannu eu meddyginiaeth am unrhyw reswm gyda disgybl arall.

Enw'r plentyn	
Dyddiad geni	
Dosbarth	
Anghenion gofal iechyd	
Meddyginiaeth arferol neu mewn argyfwng.	
<b>Meddyginiaeth</b>	
<b>Sylwer: mae'n rhaid i'r feddyginiaeth fod yn y cynhwysydd gwreiddiol a roddwyd gan y fferyllfa.</b>	
Enw, math a chryfder y feddyginiaeth (fel y disgrifir ar y cynhwysydd)	
Dyddiad y cafodd ei roi gan fferylllydd	
Dyddiad y daw i ben	
Dos a amllder y feddyginiaeth	
Dull gweinyddu	
Amseru'r feddyginiaeth	
Hyd y driniaeth	
Rhagofalon arbennig	

Gofynion arbennig er mwyn gweinyddu'r feddyginiaeth e.e. dau aelod o staff yn bresennol, yr un rhyw â'r disgybl.	
Gofynion storio	
Pwy fydd yn dod â'r feddyginiaeth i'r ysgol a pha mor aml?	
Pwy fydd yn derbyn y feddyginiaeth?	
A yw triniaeth cyflwr meddygol yn effeithio ar ymddygiad neu allu i ganolbwyntio?	
A oes unrhyw sgil-ffeithiau y dylai'r ysgol fod yn ymwybodol ohonynt?	
A oes unrhyw feddyginiaethau sy'n cael eu gweinyddu y tu hwnt i ddiwrnod yr ysgol y mae angen i ni wybod amdanynt? A oes unrhyw sgil-ffeithiau y dylem fod yn ymwybodol ohonynt?	
Unrhyw gyfarwyddiadau eraill	
Disgybl i hunan-weinyddu meddyginiaeth o dan oruchwyliaeth o leoliad storio'r feddyginiaeth	Ie / Na (rhowch gylch) <i>Os ie, mae'n rhaid i'r disgybl lofnodi datganiad hefyd*</i>
Disgybl i gludo a hunan-weinyddu meddyginiaeth	Ie / Na (rhowch gylch) <i>Os ie, mae'n rhaid i'r disgybl lofnodi datganiad hefyd*</i>
Camau i'w cymryd mewn argyfwng	
Dyddiad adolygu a gytunwyd	<i>I'w cwblhau hefo'r Ysgol</i>
Enw'r aelod o staff sy'n gyfrifol am adolygu	<i>I'w cwblhau hefo'r Ysgol</i>
<b>CYNLLUNIAU GOFAL IECHYD UNIGOL (CGIU)</b>	
Cynllun Gofal Iechyd gan weithiwr iechyd proffesiynol wedi'i atodi os yn briodol	Ydi / Nac (rhowch gylch) ydi
CGIU wedi'i greu gan yr ysgol wedi'i atodi os yn briodol (atodiad 3)	Ydi / Nac (rhowch gylch) ydi
Canllawiau wedi'u darparu gan iechyd wedi'u hatodi os yn briodol e.e. taflen wybodaeth claf	Ydi / Nac (rhowch gylch) ydi
Dyddiad adolygu'r uchod	
Manylion cyswllt	Cyswllt 1
	Cyswllt 2

Enw		
Rhif ffôn yn ystod y dydd		
Perthynas i'r plentyn		
Cyfeiriad		
Cod Post		
Er lles gorau'r plentyn efallai y bydd angen i'r ysgol rannu gwybodaeth gyda staff yr ysgol a gweithwyr proffesiynol eraill am anghenion gofal iechyd eich plentyn e.e. staff nyrsio.	Ydw / Nac (rhowch gylch) ydw	
Ydych chi'n rhoi caniatâd i rannu'r wybodaeth hon?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rwyf wedi darllen ac yn cytuno bod yr ysgol yn rhoi meddyginiaeth yn unol â pholisi'r ysgol. Rwy'n deall fy ymrwymadau fel rhiant/gofalwr o dan y canllawiau Llywodraeth Cymru (<a href="http://learning.gov.wales/resources/browse-all/supporting-learners-with-healthcare-needs/?skip=1&amp;lang=cy">http://learning.gov.wales/resources/browse-all/supporting-learners-with-healthcare-needs/?skip=1&amp;lang=cy</a>).</li> <li>• Mae'r wybodaeth uchod, hyd eithaf fy ngwybodaeth, yn gywir ar adeg ei hysgrifennu ac rwy'n rhoi caniatâd i staff yr ysgol weinyddu'r feddyginiaeth yn unol â'r wybodaeth a nodwyd uchod a pholisi'r ysgol.</li> <li>• Byddaf yn hysbysu'r ysgol o unrhyw wybodaeth newydd gan weithwyr iechyd proffesiynol ynglŷn â fy mhlentyn e.e. os oes newid i'r ddos neu'r amllder neu os dylid rhoi'r gorau i'r feddyginiaeth. Byddaf yn sicrhau bod hyn yn cael ei ddarparu'n ysgrifenedig gan y gweithiwr iechyd proffesiynol.</li> <li>• Rwy'n deall mai fy nghyfrifoldeb i yw darparu cyflenwad newydd o feddyginiaeth i'r ysgol a chasglu meddyginiaeth sydd wedi pasio'r dyddiad y daw i ben neu heb ei defnyddio.</li> <li>• Pan nad yw'r feddyginiaeth briodol ar gael ar ddiwrnod penodol a bod hyn yn rhoi'r plentyn mewn perygl, mae gan y pennaeth yr hawl i wrthod derbyn fy mhlentyn i'r ysgol nes y darperir y feddyginiaeth honno.</li> <li>• Fy nghyfrifoldeb i yw darparu meddyginiaeth sydd o fewn dyddiad ac wedi ei labelu'n gywir.</li> <li>• Rwy'n rhoi caniatâd i rannu'r wybodaeth sydd ar y ffurflen gyda gweithwyr iechyd proffesiynol/gofal mewn argyfwng.</li> <li>• Os yw fy mhlentyn wedi derbyn unrhyw feddyginiaeth frys cyn dod i'r ysgol, byddaf yn hysbysu'r pennaeth/aelod dynodedig o staff yr ysgol cyn dechrau diwrnod yr ysgol.</li> </ul>		
Llofnod rhiant/gofalwr:		
Dyddiad:		

Hoffwn i fy mhlentyn weinyddu a/neu gludo eu meddyginiaeth eu hunain.

Llofnod rhiant/gofalwr:	
Dyddiad:	

**\*Os ie i gwestiynau yma: rwy'n cytuno i weinyddu a/neu gludo fy meddyginiaeth fy hunan. Os ydw i'n gwrthod gweinyddu fy meddyginiaeth fel y cytunwyd, yna bydd y cytundeb hwn yn cael ei adolygu.**

Llofnod Disgybl:	
Dyddiad:	

\*\*\*\*\*

**CYTUNDEB Y PENNAETH/UNIGOLION DYNODEDIG I WEINYDDU MEDDYGINIAETH**

Cytunir bod (*noder enw'r plentyn*)..... yn derbyn (*noder enw a swm y feddyginiaeth*) ..... am (*noder yr amser y darperir y feddyginiaeth*) .....

Bydd (*enw'r disgybl*)..... yn derbyn eu meddyginiaeth / yn cael eu goruchwyllo tra byddant yn cymryd eu meddyginiaeth gan (*noder enw'r aelod o staff*).....

Bydd y trefniant hwn yn parhau tan (*e.e. naill ai dyddiad terfynu'r cwrs o feddyginiaeth neu nes y ceir cyfarwyddyd gan y rhieni/gofalwyr*).....

Enw (pennaeth/unigolyn dynodedig ): .....

Llofnodwyd:..... Dyddiad: .....

- Cynllun Gofal Iechyd unigol ar waith; NEU
- Nid oes angen Cynllun Gofal Iechyd Unigol



## Ffederasiwn Ysgol Dyffryn Dulas ac Ysgol Pennal



### PARENT/CARER CONSENT FOR SCHOOL TO ADMINISTER MEDICATION TO A PUPIL

- Our school will not give your child medication unless you complete and sign this form.
- If more than one medication is to be given, a separate form should be completed for each one.
- A new form must be completed when dosage changes are made.
- Where medication is prescribed to be taken in frequencies which allow the daily course of medicine to be administered at home, parents should seek to do so, e.g. before and after school and in the evening. However we understand there will be instances where this is not appropriate.
- Parents/carers will be informed as stated in the school policy when a child refuses their medication or when emergency medication is administered.
- Parents/carers can request sight of records.
- Without exception pupils must not share their medication for any reason with another pupil.

<b>Name of child</b>	
<b>Date of birth</b>	
<b>Class / form</b>	
<b>Healthcare need</b>	
<b>Routine or emergency medication</b>	
<b>Medicine</b>	
<b>Note: medication must be in the original container if dispensed by the pharmacy.</b>	
<b>Name, type and strength of medicine (<i>as described on the container</i>)</b>	
<b>Date dispensed</b>	
<b>Expiry date</b>	
<b>Dose and frequency of medication</b>	
<b>Method of administration</b>	
<b>Timing of medication</b>	
<b>Duration of treatment</b>	
<b>Special precautions</b>	

Special requirements for administering medication e.g. two staff present, same gender as pupil.		
Storage requirements		
Who will deliver the medication to school and how frequently?		
Who will receive the medication?		
Does treatment of the medical condition affect behaviour or concentration?		
Are there any side effects that the school needs to know about?		
Is there any medication that is being administered outside of school day that we need to know about? Are there any side effects that we should be aware of?		
Any other instructions		
Pupil to self-administer medication under supervision from a stored location	Yes / No (please circle) <i>If yes, pupil must also sign declaration*</i>	
Pupil to carry and self-administer medication	Yes / No (please circle) <i>If yes, pupil must also sign declaration*</i>	
Procedures to take in an emergency		
Agreed review date	<i>To be completed with the school</i>	
Name of member of staff responsible for the review	<i>To be completed with the school</i>	
<b>INDIVIDUAL HEALTHCARE PLANS (IHP)</b>		
Healthcare Plan from health professional attached if appropriate	Yes / No (please circle)	
IHP created by school attached if appropriate (appendix 3)	Yes / No (please circle)	
Guidelines provided by health attached if appropriate e.g. patient information sheet	Yes / No (please circle)	
Review date of the above		
<b>Contact details</b>	<b>Contact 1</b>	<b>Contact 2</b>
Name		
Daytime telephone number		

<b>Relationship to the child</b>		
<b>Address</b>		
<b>Post Code</b>		
<b>In the best interests of the pupil the school might need to share information with school staff and other professionals about your child's healthcare needs e.g. nursing staff.</b>  <b>Do you consent to this information being shared?</b>	<b>Yes / No (please circle)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• I have read and agree to the school giving medication in accordance with the school policy. I understand my parental/carer obligations under the Welsh Government guidelines (<a href="http://learning.gov.wales/resources/browse-all/supporting-learners-with-healthcare-needs/?skip=1&amp;lang=en">http://learning.gov.wales/resources/browse-all/supporting-learners-with-healthcare-needs/?skip=1&amp;lang=en</a>).</li> <li>• The above information is, to the best of my knowledge, accurate at the time of writing and I give consent to school staff to administer the medicine in accordance with the information given above and the school policy.</li> <li>• I will inform school of any new information from health professionals in regard to my child, e.g. if there are any changes in dosage or frequency or if it is stopped. I will ensure that this is in writing from the health professional.</li> <li>• I understand that it is my responsibility to replenish the medication supply in the school and collect expired or unused medication.</li> <li>• Where correct medication is not readily available on a given day and places the child at risk, the headteacher has the right to refuse to admit my child into the school until said medication is provided.</li> <li>• It is my responsibility to provide in-date medication which is correctly labelled.</li> <li>• I consent for the information in the form to be shared with health professionals/emergency care.</li> <li>• If my child has received any emergency medication prior to school, I will inform the headteacher/delegated member of the school staff before school starts.</li> </ul>		
<b>Parent/carer signature:</b>		
<b>Date:</b>		

**I would like my child to administer and/or carry their medication**

<b>Parent/carer signature:</b>	
<b>Date:</b>	

**\*If yes to these questions: I agree to administer and/or carry my medicine. If I refuse to administer my medication as agreed, then this agreement will be reviewed.**

Pupil signature:	
Date:	

\*\*\*\*\*

**HEADTEACHER/DELEGATED PERSONS AGREEMENT TO ADMINISTER MEDICATION**

It is agreed that *(insert child's name)*..... will receive *(insert name and quantity of medication)* ..... at *(insert time medicine is to be administered)* .....

(Name of pupil)..... will be given their medication / supervised while they take their medication by *(insert name of member of staff)*.....

This arrangement will continue until *(e.g. either end date if course of medication or until instructed by parents/carers)*.....

Name (headteacher/delegated person): .....

Signed:..... Date: .....

- Individual Healthcare Plan in place; OR
- Individual Healthcare Plan not required



