



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FFURFLEN 1: Cysylltu â'r Gwasanaethau Brys

Cais am Ambiwllans:

Deialwch 999, gofynnwch am ambiwlans a gwnewch yn siŵr fod y wybodaeth ganlynol wrth law.

1. Eich rhif ffôn – **01792 862136**
2. Eich lleoliad – **Ysgol Gymraeg Pontardawe, Rhodfa Alltacham, Pontardawe**
3. Y cod post – **SA8 4JR**
4. Eich union leoliad yn yr ysgol/leoliad (*rhowch ddisgrifiad cryno*)
5. Eich enw
6. Enw'r plentyn a disgrifiad cryno o symptomau'r plentyn
7. Dywedwch wrth y Gwasanaeth Ambiwllans beth yw'r fynedfa orau ac y bydd yno rywun i gyfarfod â chriw'r ambiwlans a'i hebrwng i
8. Peidiwch â rhoi'r ffôn i lawr nes i chi glywed yr wybodaeth yn ôl..

Siaradwch yn glir ac yn araf a byddwch yn barod i ailadrodd gwybodaeth os oes angen.

Gadewch y ffurflen hon wrth ymyl pob ffôn yn yr ysgol ar ôl ei chwblhau



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FORM 1: Contacting Emergency Services

Request for an Ambulance:

Dial 999, ask for ambulance and be ready with the following information

1. Your telephone number - **01792 862136**
2. Give your location - **Ysgol Gymraeg Pontardawe, Rhodfa Alltacham, Pontardawe**
3. State that the postcode is - **SA8 4JR**
4. Give exact location in the school/setting (*insert brief description*)
5. Give your name
6. Give name of child and a brief description of child 's symptoms
7. Inform Ambulance Control of the best entrance and state that the crew will be met and taken to
8. Don't hang up until the information has been repeated back.

Speak clearly and slowly and be ready to repeat information if asked

Put a completed copy of this form by all the telephones in the school



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FFURFLEN 2: Cynllun Gofal Iechyd

2.40 Dylai'r cynllun iechyd nodi:

- Barn y plentyn neu'r person ifanc lle bo hynny'n bosibl.
- Dymuniad y rhieni ar gyfer y plentyn.
- Cydgysylltydd/gweithiwr allweddol gofal y plentyn.
- Unrhyw newidiadau a ragwelir i drefn ofal y plentyn neu'r person ifanc.
- Manylion cyswllt y tîm gofal iechyd paediatrig sy'n darparu cyngor, gofal a chymorth meddygol.
- Protocolau ar gyfer cyfnewid gwybodaeth rhwng gwasanaethau addysg ac iechyd (gan ddiffinio cyfrifoldebau'n glir ac enwi pobl i gysylltu â nhw) gan gynnwys darparu gwybodaeth gywir sy'n cael ei diweddarau'n rheolaidd am anghenion plant a phobl ifanc unigol.
- Y feddyginiaeth mae'r plentyn neu'r person ifanc yn ei chymryd yn ystod oriau'r ysgol a'r tu allan iddynt.
- Caniatâd rhieni a'r pennaeth er mwyn i staff weinyddu meddyginiaeth neu i'r plentyn neu'r person ifanc ei hun wneud hynny (Ffurflenni 3 a 4).
- Trefniadau ar gyfer gofal brys neu ymyrrol, neu ar gyfer rhoi meddyginiaeth. Dylid cydweithio â gweithwyr gofal iechyd proffesiynol i lunio gweithdrefnau brys. Dylid cynnal asesiad risg sy'n cynnwys cydnabod sefyllfaoedd argyfwng posibl mewn perthynas ag anghenion iechyd y plentyn - mae cynllunio gwell yn arwain at lai o argyfyngau go iawn.
- Unrhyw anghenion gofal iechyd arbennig a all effeithio ar allu'r plentyn neu'r person ifanc i ddefnyddio gwasanaethau fel trafndiaeth neu weithgareddau chwarae yn yr ysgol, gweithredu rhaglenni therapi ac ati.
- Sut i ddefnyddio, storio a gofalu am unrhyw gyfarpar.
- Unrhyw drefniadau ar gyfer darparu gwasanaethau addysg neu wasanaethau eraill pan fydd y plentyn yn rhy sâl i fynychu'r ysgol neu pan fydd mewn ysbyty neu leoliad gofal iechyd priodol arall.
- Dylai cynlluniau gofal iechyd gael eu hysgrifennu ar y cyd gan weithwyr iechyd proffesiynol a rhieni. Dylai'r rhieni, y Pennaeth a gweithwyr iechyd proffesiynol



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

lofnodi'r cynlluniau terfynol. Dylai copi o'r cynllun fod ar gael i bob un o'r uchod a dylid mynd â chopi pan fydd y plentyn yn mynd ar dripiâu.

- Dylid adolygu cynlluniau gofal iechyd yn flynyddol pan fydd yr ysgol yn cynnal ei hadolygiad blynyddol o'r plentyn neu'r person ifanc. Os oes angen diwygio'r cynllun, dylai gweithwyr iechyd proffesiynol yr ysgol gyfarfod â rhieni a byddai'r cynllun yn cael ei ysgrifennu eto a'i lofnodi gan bob parti. Os oes angen diwygio'r cynllun rhwng adolygiadau, dylid gwneud hynny gyda'r rhieni a sicrhau ei fod yn cael ei lofnodi.
- Pwysigrwydd llunio gweithdrefnau hynod glir mewn perthynas â thriniaeth frys ar gyfer **pob** plentyn neu'r person ifanc ag anghenion iechyd cymhleth.
- Dylid darparu'r cynllun i unrhyw aelod o staff sy'n dod i gysylltiad â'r plentyn neu'r person ifanc.
- Dylai copïau o unrhyw ffurflenni perthnasol fod yn rhan o'r cynllun gofal iechyd.



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FORM 2: Health Care Plan

2.40 The health plan should specify:

- The child or young person's view where possible.
- Parental wishes for the child.
- The care co ordinator/key worker for the child.
- Any anticipated changes in the child or young person's care routine.
- The contact details of the paediatric healthcare team providing medical advice, care and support.
- Protocols for exchanging information between education and health services (with clearly defined lines of responsibility and named contacts) including the provision of accurate and regularly updated information about the needs of individual children and young people.
- The medication the child or young person takes both in and out of school hours.
- The permission of parents and the headteacher for the administration of medicines by staff or self administration by the child or young person (Form 3 and 4).
- Arrangements for any emergency or invasive care, or for the administration of medication. Emergency procedures should be set out in conjunction with health care professionals. Risk assessment should be carried out and would include the identification of potential emergency situations in relation to the health needs of that particular child - better planning leads to fewer real emergencies.
- Any special health care needs which may affect the child or young person's use of services such as transport or play activities at the school, implementation of therapy programmes etc.
- The use, storage and maintenance of any equipment.



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

- Any arrangements for the provision of education or associated services when the child is too unwell to attend school or is in hospital or another appropriate health care setting.
- Health care plans should be jointly written by health professionals and parents. Completed plans should be signed by the parents, Headteacher and health professionals. A copy of the plan should also be available to all the above and to accompany the child on out of school trips.
- Health care plans should be reviewed annually at the child or young person's annual school review. If the plan needs revising the school health professionals should meet with parents and the plan would then be written again and signed by all parties. If the plan needs to be altered between reviews this should always take place with parents and be signed.
- The importance of very clear procedures for emergency treatment for all children and young people with complex health needs.
- The plan should also be made available to all staff coming into contact with the child or young person.
- Copies of any relevant forms should form part of the healthcare plan.



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

CYNLLUN GOFAL I DDISGYBL AG ANGHENION MEDDYGOL ARBENNIG – FFURFLEN 2

HEALTHCARE PLAN FOR A PUPIL WITH SPECIAL MEDICAL NEEDS – FORM 2

Lun / Photo

Enw'r Ysgol / *Name of school*

Enw'r Plentyn / *Child's name*

Blwyddyn a Dosbarth / *Class & Year*

Dyddiad Geni / *Date of birth*

Cyfeiriad / *Child's address*

Cyflwr Meddygol neu ddiagnosis
Medical diagnosis or condition

Dyddiad / *Date*

Dyddiad adolygu / *Review date*

Aelod Cyswllt Staff

Member of staff contact

Gwybodaeth Cysylltu Teuluol / *Family Contact Information*

Enw / *Name*

Rhif Ffôn (gwaith) / *Phone No (work)*

Rhif Ffôn (adre) / *Phone No (home)*

Rhif symudol / *Mobile phone no*

Enw / *Name*

Rhif Ffôn (gwaith) / *Phone No (work)*



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

Rhif Ffôn (adre) / *Phone No (home)*

Rhif symudol / *Mobile phone no*

Cyswllt clinigol neu Ysbyty ***Clinical or Hospital Contact***

Enw / *Name*

Rhif ffon / *Phone no*

Meddyg / *GP*

Enw / *Name*

Rhif Ffon / *Phone no*

Disgrifiwch anghenion meddygol a symptomau'r plentyn
Describe medical needs and give details of child's symptoms

Anghenion gofal dyddiol (e.e. cyn chwaraeon / amser cinio / adre / ymweliadau)
Daily care requirements (e.g. before sport / at lunchtime / home / school trips)

Disgrifiwch beth fyddai argyfwng ar gyfer y plentyn a'r camau i'w cymryd pe digwydd hyn.
Describe what constitutes an emergency for the child, and the action to take if this occurs



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

Pwy sy'n gyfrifol mewn argyfwng? (nodwch os yn wahanol ar gyfer gweithgareddau i ffwrdd o'r safle)

Who is responsible in an emergency? (state if different for off-site activities)

Copïau o'r ffurflen i / *Form copied to*

Signed:

..... (School)	Date:
..... (Health)	Date:
..... (Carer)	Date:



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FFURFLEN 3A Cytundeb rhieni i'r ysgol/lleoliad roi meddyginiaeth

Ni fydd yr ysgol/lleoliad yn rhoi meddyginiaeth i'ch plentyn oni bai eich bod yn cwblhau ac yn llofnodi'r ffurflen hon a bod gan yr ysgol neu'r lleoliad bolisi sy'n caniatáu staff i roi meddyginiaeth.

Enw'r ysgol/lleoliad

Enw'r plentyn

Dyddiad geni

Grŵp/dosbarth

Cyflwr meddygol neu salwch

Meddyginiaeth

Enw/math o feddyginiaeth

(fel y disgrifiad ar y cynhwysydd)

Dyddiad gweinyddu

Dyddiad terfynu

Dyddiad adolygu y cytunwyd arno i'w ddechrau gan [enw'r aelod o staff]

Dos a dull

Pryd i'w chymryd

Rhagofalon arbennig

A oes unrhyw sgil effeithiau y dylai'r ysgol/lleoliad wybod amdanynt?

Ydy'r plentyn yn cymryd y feddyginiaeth ei hun (*dileu fel bo'n briodol*)

Ydy/Nac ydy

Gweithdrefnau ar gyfer argyfwng



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

Manylion Cyswilt

Enw

Rhif ffôn yn ystod y dydd.

Perthynas â'r plentyn

Cyfeiriad

Deallaf fod rhaid i mi roi'r feddyginiaeth i [*aelod o staff penodedig*]

Rwy'n deall bod hwn yn wasanaeth nad oes dyletswydd ar yr ysgol/lleoliad i'w gyflawni. Rwy'n deall bod rhaidd i mi hysbysu'r ysgol/lleoliad o unrhyw newidiadau yn ysgrifenedig.

Sylwch: Rhaid i feddyginiaethau fod yn y cynhwysydd gwreiddiol fel y'u gweinyddwyd gan y fferyllfa

Dyddiad

Llofnod(ion).....



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FORM 3A Parental agreement for school/setting to administer medicine

The school/setting will not give your child medicine unless you complete and sign this form and the school or setting has a policy that staff can administer medicine

Name of school/setting

Name of child

Date of birth

Group/class/form

Medical condition or illness

Medicine

Name/type of medicine
(as described on the container)

Date dispensed Expiry date

Agreed review date to be initiated by [name of member of staff]

Dosage and method

Timing

Special precautions

Are there any side effects that
The school/setting needs to
Know about?

Self administration (delete as appropriate) **Yes/No**

Procedures to take in an emergency



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

Contact Details

Name

Daytime telephone no.

Relationship to child

Address

I understand that I must deliver the medicine personally to [*agreed member of staff*]

I accept that this is a service that the school/setting is not obliged to undertake.
I understand that I must notify the school/setting of any changes in writing.

Note: Medicines must be in the original container as dispensed by the pharmacy

Date

Signature(s)



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FFURFLEN 4: Cytundeb Pennaeth yr ysgol/lleoliad i roi meddyginiaeth

Enw'r ysgol/lleoliad

Cytunir y bydd [*enw'r plentyn*]yn derbyn

[*dos ac enw'r feddyginiaeth*].....bob dydd am

[*amser rhoi'r feddyginiaeth e.e. amser cinio neu egwyl y prynhawn*].....

Bydd [*enw'r aelod y staff*]..... yn rhoi'r

feddyginiaeth i [*enw'r plentyn*]neu'n ei oruchwylio wrth ei chymryd.

Bydd y trefniant hwn yn para tan [*naill ai ddyddiad diwedd cwrs y feddyginiaeth neu nes y derbynnir cyfarwyddyd gan y rhieni*].....

Dyddiad

Llofnod

(*Pennaeth yr ysgol/lleoliad/yr aelod o staff penodedig*)



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FORM 4: Headteacher/Head of setting agreement to administer medicine

Name of school/setting

It is agreed that *[name of child]*will receive
[Quantity and name of medicine].....every day at
[time medicine to be administered eg lunchtime or afternoon break].....
[Name of child] will be given/supervised whilst
He/she takes their medication by *[name of member of staff]*

This arrangement will continue until *[either end date of course of medicine or until
instructed by parents]*

Date

Signed

(The Headteacher/Head of setting/named member of staff)



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FFURFLEN 5: Cofnod o feddyginiaeth a roddwyd i blentyn unigol

Enw'r ysgol/lleoliad

Enw'r plentyn

Dyddiad derbyn y feddyginiaeth gan y rhiant

Grŵp/dosbarth

Faint a dderbyniwyd

Enw a chryfder y feddyginiaeth

Dyddiad y daw i ben

Faint a ddychwelwyd

Dos a pha mor aml y defnyddir y feddyginiaeth

Llofnod yr aelod o staff

Llofnod y rhiant

Dyddiad

Amser a roddwyd

Dos a roddwyd

Enw'r aelod o staff

Llythrennau cyntaf yr aelod o staff

Dyddiad

Amser a roddwyd

Dos a roddwyd

Enw'r aelod o staff

Llythrennau cyntaf yr aelod o staff



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FFURFLEN 5: Parhad

Dyddiad

Amser a roddwyd

Dos a roddwyd

Enw'r aelod o staff

Llythrennau cyntaf yr aelod o staff

Dyddiad

Amser a roddwyd

Dos a roddwyd

Enw'r aelod o staff

Llythrennau cyntaf yr aelod o staff

Dyddiad

Amser a roddwyd

Dos a roddwyd

Enw'r aelod o staff

Llythrennau cyntaf yr aelod o staff

Dyddiad

Amser a roddwyd

Dos a roddwyd

Enw'r aelod o staff

Llythrennau cyntaf yr aelod o staff



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FORM 5: Record of medicine administered to an individual child

Name of school/setting

Name of child

Date medicine provided by parent / /

Group/class/form

Quantity received

Name and strength of medicine

Expiry date / /

Quantity returned

Dose and frequency of medicine

Staff signature

Signature of parent

Date / / / / / /

Time given

Dose given

Name of member of staff

Staff initials

Date / / / / / /

Time given

Dose given

Name of member of staff

Staff initials



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FORM 5: Continued

Date

Time given

Dose given

Name of member of staff

Staff initials

Date

Time given

Dose given

Name of member of staff

Staff initials

Date

Time given

Dose given

Name of member of staff

Staff initials

Date

Time given

Dose given

Name of member of staff

Staff initials



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FFURFLEN 7: Cais i blentyn gario ei feddyginiaeth ei hun

Rhaid i rieni/gwarcheidwaid gwblhau'r ffurflen hon

Os oes gan staff unrhyw bryderon dylid trafod y cais hwn â gweithwyr gofal iechyd proffesiynol

Enw'r ysgol/lleoliad

Enw'r plentyn

Grŵp/dosbarth

Cyfeiriad

Enw'r feddyginiaeth

Gweithdrefnau i'w dilyn
mewn argyfwng

Gwybodaeth Gyswllt

Enw

Rhif ffôn yn ystod y dydd

Perthynas â'r plentyn

Rwyf am i'm mab/merch gadw'r feddyginiaeth gyda nhw i'w defnyddio yn ôl yr angen.

Llofnod..... Dyddiad



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FORM 7: Request for child to carry his/her own medicine

This form must be completed by parents/guardian

If staff have any concerns discuss this request with healthcare professionals

Name of school/setting

Child's name

Group/class/form

Address

Name of medicine

Procedures to be taken
in an emergency

Contact Information

Name

Daytime phone no

Relationship to child

I would like my son/daughter to keep his/her medicine on him/her for use as necessary.

Signed



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FFURFLEN 8: Cofnod o hyfforddiant staff – rhoi meddyginiaethau

Enw'r ysgol/lleoliad

Enw

Math o hyfforddiant a dderbyniwyd

Dyddiad cwblhau'r hyfforddiant

Darparwyr yr hyfforddiant

Proffesiwn a theitl

Rwy'n cadarnhau bod *[enw'r aelod o staff]* wedi derbyn yr hyfforddiant a nodir uchod ac yn gymwys i roi unrhyw driniaeth ofynnol.

Rwy'n argymhell y dylid diweddarau'r hyfforddiant *[nodwch pa mor aml]*

Llofnod yr hyfforddwrDyddiad

Rwy'n cadarnhau i mi dderbyn yr hyfforddiant a nodir uchod.

Llofnod yr aelod o staff Dyddiad

Dyddiad adolygu a argymhellir



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FORM 8: Staff training record – administration of medicines

Name of school/setting

Name

Type of training received

Date of training completed

Training provided by

Profession and title

I confirm that *[name of member of staff]* has received the training detailed above and is competent to carry out any necessary treatment.

I recommend that the training is updated *[please state how often]*

Trainer's signatureDate

I confirm that I have received the training detailed above.

Staff signature Date

Suggested review date



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FFURLEN 9: Awdurdodi gweinyddu diazepam drwy'r rectwm

Enw'r ysgol/lleoliad	<input type="text"/>
Enw'r plentyn	<input type="text"/>
Dyddiad geni	<input type="text" value="/ /"/>
Cyfeiriad gartref	<input type="text"/>
Meddyg Teulu	<input type="text"/>
Ymgynghorydd Ysbyty	<input type="text"/>

.....gael Diazepam drwy'r Rectwmmg.

Os yw ef/hi'n cael ffit epileptig hir *syn para rhai munudau

NEU

*gyfres o ffitiau sy'n para dros o funudau.

Dylid ffonio ambiwlans *pan fydd y ffit yn dechrau.

NEU

Os nad yw'r ffit wedi stopio *wedio funudau. (*dilëwch fel bo'n briodol)

Llofnod y meddyg Dyddiad.....

Llofnod y rhiant Dyddiad.....

DS: Awdurdodi gweinyddu diazepam drwy'r rectwm

Am fod yr arwyddion ar gyfer pryd i weinyddu'r diazepam yn amrywio, rhaid cael caniatâd unigol ar gyfer pob plentyn. Dylai Meddyg Teulu, Ymgynghorydd a/neu Nyrs Arbenigol Epilepsi'r plentyn awdurdodi hyn, a'i adolygu'n rheolaidd. Mae hyn yn sicrhau bod y feddyginiaeth yn cael ei gweinyddu'n briodol. Dylai'r caniatâd nodi'n glir:

- pryd y dylid rhoi'r diazepam e.e. ar ôl 5 munud; a
- faint o feddyginiaeth y dylid ei rhoi.

Dylai'r Ffurflen Awdurdodi nodi brasamcan o bryd i ffonio am ambiwlans.

Dylid defnyddio Ffurflen 5 neu ffurflen debyg i gofnodi'r defnydd o diazepam.



YSGOL GYMRAEG PONTARDAWE

FORM 9: Authorisation for the administration of rectal diazepam

Name of school/setting	<input type="text"/>
Child's name	<input type="text"/>
Date of birth	<input type="text" value="/ /"/>
Home address	<input type="text"/>
GP	<input type="text"/>
Hospital consultant	<input type="text"/>

.....should be given Rectal Diazepammg.

If he/she has a *prolonged epileptic seizure lasting over minutes

OR

*serial seizures lasting over minutes.

An Ambulance should be called for *at the beginning of the seizure

OR

If the seizure has not resolved *afterminutes (*please delete as appropriate)

Doctor's signature Date

Parent's signature Date

NB: Authorisation for the administration of rectal diazepam

As the indications of when to administer the diazepam vary, an individual authorisation is required for each child. This should be completed by the child's GP, Consultant and/or Epilepsy Specialist Nurse and reviewed regularly. This ensures the medicine is administered appropriately. The Authorisation should clearly state:

- When the diazepam is to be given eg after 5 minutes; and
- How much medicine should be given

Included on the Authorisation Form should be an indication of when an ambulance is to be summoned.

Records of administration should be maintained using Form 5 or similar.