

PROTOCOL D'ATENCIÓ SANITÀRIA

PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER LA L'ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN TEMPS ESCOLAR

El/la menor ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

ALUMNE/A (nom i cognoms):

MEDICACIÓ (nom comercial del producte):

DOSI:

HORA D'ADMINISTRACIÓ:

PROCEDIMENT PER A LA SEUA ADMINISTRACIÓ:

.....

DURACIÓ DEL TRACTAMENT:

INDICACIONS ESPECÍFIQUES SOBRE CONSERVACIÓ I CUSTÒDIA DEL MEDICAMENT:

.....

.....

RECOMANACIONS D'ACTUACIÓ I ALTRES OBSERVACIONS:

.....

FACULTATIU QUE PRESCRIU EL TRACTAMENT:

DATA:

TELÈFON DE CONTACTE DEL CENTRE DE SALUT DE REFERÈNCIA:

Signat: Núm col·l
.....