|  |
| --- |
| **ANNEX IV.****INFORME DE SALUT I PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A L’ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS EN HORARI ESCOLAR.** |

DADES DE L’ALUMNE/A:

DIAGNÒSTIC:

TRACTAMENT:

L’alumne/a ha de rebre en horari escolar la medicació següent:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicació** **(nom comercial del producte):** | **Dosi:** | **Hora d’administració:** | **Procediment/via per a la seua administració:** | **Duració del tractament:** | **Indicacions específiques sobre conservació, custòdia, o administració del medicament:** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Recomanacions d’actuació i altres observacions:

Facultatiu o facultativa que prescriu el tractament:

Data:

Signat: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Núm.col·legiat/col·legiada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_