



ANNEX VI. PRESCRIPCIÓ MÈDICA PER A 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:

.....

DURADA DEL TRACTAMENT:

INDICACIONS ESPECÍFIQUES SOBRE CONSERVACIÓ, CUSTÒDIA, O ADMINISTRACIÓ
DEL MEDICAMENT:

.....

.....

.....

RECOMANACIONS D'ACTUACIÓ I ALTRES OBSERVACIONS:

.....

.....

.....

FACULTATIU QUE PRESCRIU EL TRACTAMENT:.....

NÚM. COL·LEGIAT

TELÈFON DE CONTACTE DEL CENTRE DE SALUT DE REFERÈNCIA:.....

SIGNAT:

DATA:



ANEXO VI. PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN EL TIEMPO ESCOLAR

El/la menor tiene que recibir en horario escolar la medicación siguiente:

ALUMNO/A (nombre y apellidos)

MEDICACIÓN (nombre comercial del producto)

DOSIS: HORA DE ADMINISTRACIÓN:.....

PROCEDIMIENTO PARA SU ADMINISTRACIÓN:

.....

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:

INDICACIONES ESPECÍFICAS SOBRE CONSERVACIÓN, CUSTODIA, O ADMINISTRACIÓN
DEL MEDICAMENTO:

.....

.....

.....

RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN Y OTRAS OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

FACULTATIVO QUE PRESCRIBE EL TRATAMIENTO:.....

N.º COLEGIADO

TELÉFONO DE CONTACTO DEL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA:.....

FIRMADO:

FECHA: