

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

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

- Nom i cognoms de l'alumne o alumna:

- 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 que prescriu el tractament:

- Data: _____

- Telèfon de contacte del centre de salut de referència per a este tipus d'incidències: _____

Signat: _____

Núm. Col·legiat: _____