

## 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: \_\_\_\_\_