

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:

DURACIÓ DEL TRACTAMENT: _____

INDICACIONS ESPECÍFIQUES SOBRE CONSERVACIÓ, CUSTÒDIA, O ADMINIS-
TRACIÓ 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 : _____

PRESCRIPCIÓN MÉDICA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN TIEMPO ESCOLAR

El/La menor debe recibir en horario escolar le 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 OTROS OBSERVACIONES:

FACULTATIVO QUE PRESCRIBE EL TRATAMIENTO:

FECHA: _____

TELÉFONO DE CONTACTO DEL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA: _____

FIRMADO: _____ . Nº. COLEGIADO: _____