

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 i administració del medicament |
|----------------------------------------|------|----------------------|---------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                        |      |                      |                                             |                        |                                                                                     |
|                                        |      |                      |                                             |                        |                                                                                     |
|                                        |      |                      |                                             |                        |                                                                                     |
|                                        |      |                      |                                             |                        |                                                                                     |
|                                        |      |                      |                                             |                        |                                                                                     |

Recomanacions d'actuació i altres observacions:

Facultatiu o facultativa que prescriu el tractament:

Data:

Signat

Núm col·legiat/col·legiada: