

## 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:

– 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 .....