

INFORME DE PRESA DE MEDICAMENTS

Nom de l'alumne/a

Curs Classe

Problema de salut

Nom del medicament 1

Dosi Hora de la presa

Forma d'administració

Durada

Nom del medicament 2.....

Dosi Hora de la presa

Forma d'administració

Durada

Mestre/a responsable

Nom del pare, mare o tutor/a legal

Data :

Signatura del pare, mare o tutor/a legals :