



## PAUTA DE MEDICACIÓ I AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ DE FÀRMACS

En/Na.....com a  
pare/mare/representant legal de ..... comunico que el meu  
fill/a/tutelat/da té pautada la següent medicació:

| MEDICAMENT | Matí | Migdia | Nit | Data inici | Data fi | Observacions |
|------------|------|--------|-----|------------|---------|--------------|
|            |      |        |     |            |         |              |
|            |      |        |     |            |         |              |
|            |      |        |     |            |         |              |
|            |      |        |     |            |         |              |
|            |      |        |     |            |         |              |

I autoritzo al personal del **Taller Escola Sant Camil** per a què li **administrin el/s següent/s fàrmac/s**:

| MEDICAMENT | Matí | Migdia | Tarda | Data inici | Data fi | Observacions |
|------------|------|--------|-------|------------|---------|--------------|
|            |      |        |       |            |         |              |
|            |      |        |       |            |         |              |
|            |      |        |       |            |         |              |
|            |      |        |       |            |         |              |

Alhora, autoritzo al personal del Taller Escola Sant Camil per a què **en cas de malestar ocasional** puguin administrar-li el següent fàrmac i la dosi indicada.

| MEDICAMENT | Dosi | Observacions |
|------------|------|--------------|
|            |      |              |

### NORMATIVA PER A L'ADMINISTRACIÓ DE FÀRMACS EN EL CENTRE:

- \* Cal que el centre estigui **informat de la pauta mèdica completa**, tant si s'administra al centre o a la seva llar, actualitzant aquest document per qualsevol canvi.
- \* En horari de servei, el centre **no podrà administrar cap medicament que no estigui degudament autoritzat** acompanyat per la **present autorització i còpia de la prescripció mèdica**.
- \* Tot medicament serà entregat al personal del centre a primera hora del matí. Els usuaris/es **no poden dur medicacions a sobre**.
- \* Sempre que s'administri la **medicació d'urgència es comunicarà als pares/tutors mitjançant una nota**.

Data: .....

Signatura del pare/ mare/tutor