



## **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:

| <b>MEDICAMENT</b> | Matí | Migdia | Nit | Data inici | Data fi | Observacions |
|-------------------|------|--------|-----|------------|---------|--------------|
|                   |      |        |     |            |         |              |
|                   |      |        |     |            |         |              |
|                   |      |        |     |            |         |              |
|                   |      |        |     |            |         |              |

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

| <b>MEDICAMENT</b> | Matí | Migdia | Tarda | Data inici | Data fi | Observacions |
|-------------------|------|--------|-------|------------|---------|--------------|
|                   |      |        |       |            |         |              |
|                   |      |        |       |            |         |              |
|                   |      |        |       |            |         |              |
|                   |      |        |       |            |         |              |

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

| <b>MEDICAMENT</b> | 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