

Termo de responsabilidade – Administração outros medicamentos

ANO LETIVO 20__ / 20__

Estabelecimento de Ensino: _____

Aluno(a): _____

Ano: ___º Turma: _____

Eu, _____,

Encarregado de Educação de _____

_____, declaro que autorizo a administração ao/à meu/minha educando(a) do medicamento¹ _____, na quantidade de _____, nos horários _____.

Reações alérgicas e/ou contra indicações conhecidas a medicamentos:

Número de contacto urgente: _____

Lousã, _____ de _____ de _____

O/A Encarregado(a) de Educação

Notas:

1 - Especificar o nome do medicamento, o horário e o tempo estimado e a situação em que se aplica, por exemplo: identificação do medicamento, a quantidade, os horários da toma e o número de dias em que o aluno(a) deverá tomar o medicamento.

2 - Qualquer medicação apenas será administrada se for acompanhada da prescrição médica.

3 - Imprimir este formulário, preencher e entregar à educadora, ao professor titular ou ao diretor de turma. Em alternativa, registar na caderneta do aluno ou no caderno diário numa folha isolada que possa ser destacada para ficar arquivada no processo individual.