

CONDICIONS ADMINISTRACIÓ DE MEDICACIÓ TALLER OCUPACIONAL ARIADNA

- cal consignar en aquesta autorització TOTS els medicaments que pren la persona usuària, si no en pren cap, cal signar-lo en blanc.
- No s'administrarà cap medicació que no consti en la present autorització, si no ve acompanyada d'una nota signada pel/per la representant legal de la persona usuària en la que ha de constar: el **nom del medicament**, la **dosi**, l'**hora** i els **dies** de durada del tractament.
- Tant en la medicació habitual com en les esporàdiques, en el cas de medicaments que precisin recepta mèdica, a més de la present autorització o la nota signada pel/per la representant legal, **S'HAURÀ D'ACOMPANYAR TAMBÉ UNA CÒPIA DE LA RECEPTA MÈDICA.**
- Cal comunicar per escrit qualsevol canvi que es produeixi en la medicació.

En/Na amb el DNI, com a
 pare/mare/tutor-a de amb DNI

INFORMA:

de la medicació del seu fill/filla/tutelat/da:

Nom del medicament	tipus dosi (comprimits, gotes...)	Posologia (dosi/hora)						
		llevar -se	esmorzar	mig matí hora: __	dinar	tarda hora: __	sopar	dormir

AUTORITZA:

Als responsables del Taller Ocupacional Ariadna per administrar la medicació corresponent, i fa extensiva aquesta autorització a les decisions mèdico-quirúrgiques que calgui adoptar, en cas d'extrema gravetat, sota les directrius facultatives pertinents.

Així mateix es dóna per assabentat/ada de les condicions de subministrament de medicacions que consten al revers d'aquest full.

SIGNAT:

Barcelona, _____