

ADMINISTRACIÓ DE MEDICAMENTS

Us fem arribar la informació relativa a l'administració de medicaments per part del personal de les escoles. Us transcrivim el paràgraf que recull la normativa vigent del Departament d'Educació.

“Per administrar medicaments a l'alumne cal que el pare, mare o tutor legal aporti una recepta o informe del metge o metgessa on hi consti el nom de l'alumne/a, la pauta i el nom del medicament que ha de prendre. Així mateix, el pare, mare o tutor legal han d'aportar un escrit on es demani i s'autoritzi al personal del centre docent que administri al fill o filla la medicació prescrita sempre que sigui imprescindible la seva administració en horari lectiu

El personal del centre podrà administrar un medicament només en els casos en què poguessin fer-ho el pare, la mare o el tutor/a legal, sense una formació especial; en cas contrari, si el medicament ha de ser administrat per personal amb una formació determinada, caldrà que el centre es posi en contacte amb el centre d'assistència primària més proper¹”

¹ Resolució de Departament d'Educació de Generalitat de Catalunya, de 29 de maig de 2009, per la qual s'aproven les Instruccions per l'organització i el funcionament dels centres públics d'educació infantil i primària de d'educació especial per al curs 2010-2011

Els tutors/res legals han d'emplenar la butlleta que s'adjunta com a autorització, acompanyar-la de la recepta del metge i lliurar-la al centre degudament signada. **Sempre que sigui possible cal fer coincidir les preses de medicació en horari no lectiu i en cas de malalties infeccioses i/o contagioses, no podran assistir a l'escola. (grip, conjuntivitis, diarrea i febre..... entre d'altres també considerant les plagues de polls).**

Atentament

La Direcció

✂ -----

En/Na, com a pare, mare, tutor/a legal del nen/a del curs he rebut la informació i el recull normatiu vigent pel que fa a l'administració de medicament per part del personal de les escoles. Demano i autoritzo al personal de l'escola L'Aragai a administrar la medicació que els he facilitat un cop comprovada la seva caducitat i en el ben entès que s'administra a petició meua i per prescripció mèdica.

SIGNATURA

Número DNI/NIE _____ Data _____

MEDICAMENT

- Nom del medicament.....
- Format de presentació (pastilles, xarop, gotes...)
- Forma d'administració
- Quantitat Periodicitat (hora/es)
- Durada del tractament.....
- Altres
-
-