



AUTORITZACIÓ ADMINISTRACIÓ PARACETAMOL (APIRETAL)

En/na....., com a
(pare, mare, tutor, tutora)

☐ **AUTORITZO** ☐ **NO AUTORITZO**

- Al meu fill/a....., nivell:
- Al meu fill/a....., nivell.....
- Al meu fill/a....., nivell.....

Se'ls administri paracetamol en cas que presentin febre superior a **37,5°C** de temperatura corporal, mentre s'espera l'arribada d'un/a familiar, i segons les dosis indicades en el prospecte:

Edat / nivell	Dosi
2-3 anys (P3)	2 ml
4-5 anys (P4, P5)	2,8 ml
6-8 anys (1r, 2n, 3r)	3,6 ml
9-10 anys (4t, 5è)	4,8 ml
11-12 anys (6è)	1 pastilla 500 mg

En cas de no estar d'acord amb les dosis indicades, **DEMANO** que li sigui administrada la següent dosi:

Esparreguera, a de de

Signatura i DNI