

| FITXA DE DEMANDA D'ATENCIÓ A LA SALUT                                                                                         |                                                 | nº                          |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| Alumna/e:                                                                                                                     |                                                 | Curs:                       |                                                 |
| Data:                                                                                                                         |                                                 | Telèfon de contacte:        |                                                 |
| Incidència                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Gastroenteritis        | Demanda                     | <input type="checkbox"/> Prendre medicació*     |
|                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Mal de panxa           |                             | <input type="checkbox"/> Dieta astringent       |
|                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Constipat              |                             | <input type="checkbox"/> Dieta diferent         |
|                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Risc de crisi asmàtica |                             | <input type="checkbox"/> Control de temperatura |
|                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Traumatisme            |                             | <input type="checkbox"/> Repòs                  |
| <input type="checkbox"/> Altra:                                                                                               | <input type="checkbox"/> Altra:                 |                             |                                                 |
| <b>*Medicació que ha de prendre</b>                                                                                           |                                                 |                             |                                                 |
| Nom:                                                                                                                          |                                                 |                             |                                                 |
| Dosi:                                                                                                                         |                                                 |                             |                                                 |
| Hora:                                                                                                                         |                                                 |                             |                                                 |
| Recepta: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO                                                              |                                                 |                             |                                                 |
| Ha lliurat la medicació a: <input type="checkbox"/> Tutor/a <input type="checkbox"/> Conserge <input type="checkbox"/> Altra: |                                                 |                             |                                                 |
| Observacions                                                                                                                  |                                                 | Signatura mare-pare-tutor/a |                                                 |
|                                                                                                                               |                                                 |                             |                                                 |
| Actuacions a l'escola                                                                                                         |                                                 | Persona encarregada         |                                                 |
| <input type="checkbox"/> S'ha comunicat al tutor/a a les ____ h.                                                              |                                                 |                             |                                                 |
| <input type="checkbox"/> S'ha comunicat al monitor/a de menjador a les ____ h.                                                |                                                 |                             |                                                 |
| <input type="checkbox"/> S'ha comunicat al cuiner/a a les ____ h.                                                             |                                                 |                             |                                                 |
| <input type="checkbox"/> S'ha donat la medicació a les ____ h.                                                                |                                                 |                             |                                                 |
| <input type="checkbox"/> S'ha controlat la temperatura a les ____ h.                                                          |                                                 |                             |                                                 |
| <input type="checkbox"/> S'ha avisat a casa a les ____ h.                                                                     |                                                 |                             |                                                 |
| <input type="checkbox"/> Altres:                                                                                              |                                                 |                             |                                                 |