

	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		PED.01
	Edição nº4	Data de revisão: Agosto 2014	

Eu..... (nome) encarregado de educação de (nome da criança) da sala....., solicito que este seja administrado na Instituição o(s) seguinte(s) medicamento(s):

Nome do medicamento	Horário da toma	Dosagem	Data de início	Data de fim

Apenas serão administrados os medicamentos que cumpram as normas definidas no **Regulamento Interno, Capítulo II, 7.6, pág.13:**

- *Reserva-se o direito da instituição não administrar medicamentos de toma única.*
- *Os medicamentos (incluindo os não sujeitos a receita médica) que têm indicação para serem dados em esquema, terão de ser acompanhados por declaração médica ou cópia da prescrição médica.*
- *Em caso de não existir prescrição médica ou em caso de situações duvidosas, reserva-se o direito da instituição encaminhar a situação para o médico da Instituição.*

Data:/...../.....

Assinatura:.....

	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS		PED.01
	Edição nº4	Data de revisão: Agosto 2014	

Eu..... (nome) encarregado de educação de (nome da criança) da sala....., solicito que este seja administrado na Instituição o(s) seguinte(s) medicamento(s):

Nome do medicamento	Horário da toma	Dosagem	Data de início	Data de fim

Apenas serão administrados os medicamentos que cumpram as normas definidas no **Regulamento Interno, Capítulo II, 7.6, pág.13:**

- *Reserva-se o direito da instituição não administrar medicamentos de toma única.*
- *Os medicamentos (incluindo os não sujeitos a receita médica) que têm indicação para serem dados em esquema, terão de ser acompanhados por declaração médica ou cópia da prescrição médica.*
- *Em caso de não existir prescrição médica ou em caso de situações duvidosas, reserva-se o direito da instituição encaminhar a situação para o médico da Instituição.*

Data:/...../.....

Assinatura:.....