



# AGRUPAMENT ESCOLTA GARBÍ



CMS - AE GARBÍ Av. Catalunya, 3, 25002 Lleida www.aegarbi.org NIF G58173063 aegarbi@aegarbi.org

## FULLA DE MEDICACIÓ

MEDICACIÓ	DOSI	FORMA D'ADMINISTRACIÓ (oral/parenteral/rectal, etc.)	DATA LÍMIT (fins quan)	PAUTA	RECEPTAT PEL METGE
				<input type="checkbox"/> Es <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> So <input type="checkbox"/> cada __ h <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> altres: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> Es <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> So <input type="checkbox"/> cada __ h <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> altres: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> Es <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> So <input type="checkbox"/> cada __ h <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> altres: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> Es <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> So <input type="checkbox"/> cada __ h <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> altres: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
				<input type="checkbox"/> Es <input type="checkbox"/> Di <input type="checkbox"/> So <input type="checkbox"/> cada __ h <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> altres: _____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Jo \_\_\_\_\_ pare / mare / tutor/a de l'escolta \_\_\_\_\_, autoritzo als monitors i monitores, de l'Agrupament Escolta Garbí de Lleida, a administrar la medicació especificada, en aquest document, segons les pautes descrites.

Signatura i DNI

### LLEGENDA

- Es:** Esmorzar
- Di:** Dinar
- So:** Sopar
- AA:** Abans dels àpats

Observacions: