

## Termo de responsabilidade – Administração de outros medicamentos

ANO LETIVO 20\_\_ / 20\_\_

Estabelecimento de Ensino: \_\_\_\_\_

Aluno(a): \_\_\_\_\_

Ano: \_\_\_º Turma: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_,  
Encarregado de Educação de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declaro que autorizo a administração ao/à meu/minha  
educando(a) do medicamento<sup>1</sup> \_\_\_\_\_, na quantidade de  
\_\_\_\_\_, nos horários \_\_\_\_\_.

Reações alérgicas e/ou contra indicações conhecidas a medicamentos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de contacto urgente: \_\_\_\_\_

Coimbra, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O/A Encarregado(a) de Educação

\_\_\_\_\_

### Notas:

1 - Especificar o nome do medicamento, o horário e o tempo estimado e a situação em que se aplica, por exemplo: identificação do medicamento, a quantidade, os horários da toma e o número de dias em que o aluno(a) deverá tomar o medicamento.

2 - Qualquer medicação apenas será administrada se for acompanhada da prescrição médica.

3 - Imprimir este formulário, preencher e entregar à educadora, ao professor titular ou ao diretor de turma.  
Esta autorização deverá ficar arquivada no processo individual do aluno.