



ENFERMARIA DE CAMPO DA I SECÇÃO  
ACANAC 2017



### Autorização para toma de medicamentos

**NOME COMPLETO DO LOBITO:** \_\_\_\_\_  
(Letra maiúscula)

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado de educação do Lobito acima referido, solicito a administração dos medicamentos a seguir discriminados, que foram prescritos por um médico, especificando o horário, a dosagem e o tempo de duração prevista do tratamento.

Declaro ainda que assumo a total responsabilidade pela administração destes medicamentos (juntar, sempre que possível, uma cópia da prescrição médica.)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017, \_\_\_\_\_

(Data e assinatura)

Horário de administração	Medicamento	Dosagem (mg/ml)	Observações (incluir duração do tratamento e detalhes referentes à administração)