

ENS VEIEM EL CAP DE SETMANA

Nom i Cognoms

Grup

SALUT

Pren medicació? SI NO

MEDICAMENT	DOSI					
	ESMORZAR	MIG MATI	DINAR	BERENAR	SOPAR	ABANS DE DORMIR

EM COMPROMETO A AVISAR DE QUALSEVOL CANVI QUE ES PUGUI PRODUIR EN AQUESTA I EN CAS QUE SIGUI NECESSARI AUTORITZO A ADMINISTRAR

PARACETAMOL IBUPROFENO ASPIRINA(GENÈRIC) COL·LIRI/GOTES OÏDA

ALTRES

Té alguna al·lèrgia? SI NO Quina?

Fa algun tipus de dieta? Hiposòdica / Hipocalòrica / Diabètica / Celíaca / Altres

ALIMENTS PERMESOS I NO PERMESOS

	Pot Prendre
Alcohol	
Cervesa sense alcohol	
Café	
Café descafeïnat	
Coca-cola (Especificar tipus)	
Begudes energètiques	

Altres

Nom i Cognoms (pare/mare/tutor):

Signatura:

Data: