

REGISTRE D'ADMINISTRACIÓ DE LA MEDICACIÓ

Data: _____

Nombre de residents: _____

PREPARACIÓ		SIGNATURA DEL PROFESSIONAL
(1) He preparat la medicació a tots els residents presents a:	Residència <input type="checkbox"/>	
	Planta núm. _____ <input type="checkbox"/>	

ADMINISTRACIÓ			SIGNATURA DEL PROFESSIONAL				
(1) He administrat la medicació a tots els residents presents a:	Residència <input type="checkbox"/>		Esmorzar	Dinar	Berenar	Sopar	Altres
	Planta núm. _____ <input type="checkbox"/>						
	Menjador <input type="checkbox"/>						
	Dormitoris <input type="checkbox"/>						
INCIDÈNCIES	Nom del resident	Esmorzar	Dinar	Berenar	Sopar	Altres	
Residents que no accepten prendre la medicació							
INCIDÈNCIES	Nom del resident	Esmorzar	Dinar	Berenar	Sopar	Altres	
Residents absents							

(1) En el supòsit que en el mateix torn preparin o administrin la medicació persones diferents, es farà constar la identificació del lloc de la residència atès (planta, menjador, dormitoris, etc.) i s'emplenarà aquest full per a cada indret.