**TRAITEMENT PONCTUEL** **n°1**  UNIQUEMENT Antibiotiques, doliprane, antiasthmatique

**Nom** et **prénom** de votre enfant : ……………………………………… Date de l’ordonnance ……………

Nom du médecin prescripteur : …………………………………………

Nom du **médicament n°1** ou éventuellement du générique par lequel il est substitué : ……………………….. …….………………………………………………………………………………………………………………………

**DATE et HEURE de début du traitement** : ……………………………

**DATE et HEURE de fin de traitement**: …………………………………

Dose à administrer : ……………………………

Reconstitué le : ………………………. Température de conservation : ……………………

Vérifier impérativement la présence du doseur, mesurette ou cuillère fournis dans l’emballage

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jours et Dates | Heure 1ère prise | Signature du professionnel | Heure 2ième prise | Signature du professionnel | Heure 3ième prise | Signature du professionnel |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |