

Разрешение на применение лекарств, отпускаемых без рецепта

Имя и фамилия ребенка: _____

Все лекарства, отпускаемые без рецепта, в том числе для наружного применения, должны быть в оригинальной упаковке с указанием фамилии и имени ребенка. Моему ребенку можно применять лекарства, отпускаемые без рецепта. Среди них могут быть следующие:

- | | | | |
|-------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Ацетаминофен | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Ибупрофен | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Крем с антибиотиком | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Средство от насекомых | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Антигистамины | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Бальзам для губ | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Дезинфицирующие салфетки/гель | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Мазь/крем от сыпи | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Детский лосьон | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Физраствор для носа | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Детское масло | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Шампунь | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Детская присыпка | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Мазь от солнечных ожогов | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Сироп от кашля | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Солнцезащитные средства | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Мазь от опрелостей | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Обезболивающие при прорезывании зубов | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Гигиенические салфетки | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Зубная паста | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |
| Гидрокортизон | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | Вазелин | <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет |

Другое: _____

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА

ДАТА