

# Чек-лист приема препаратов

1 НЕДЕЛЯ	Название препарата. Дозировка / Сочетание с едой	Время приема	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		Утро ☀️							
		День ☀️							
		Вечер 🌙							
		Ночь 🌙							
2 НЕДЕЛЯ	Название препарата. Дозировка / Сочетание с едой	Время приема	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		Утро ☀️							
		День ☀️							
		Вечер 🌙							
		Ночь 🌙							
3 НЕДЕЛЯ	Название препарата. Дозировка / Сочетание с едой	Время приема	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		Утро ☀️							
		День ☀️							
		Вечер 🌙							
		Ночь 🌙							
4 НЕДЕЛЯ	Название препарата. Дозировка / Сочетание с едой	Время приема	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
		Утро ☀️							
		День ☀️							
		Вечер 🌙							
		Ночь 🌙							

## Рекомендации врача

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Препараты на случай экстренной необходимости

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

