

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

