



Terminarz wizyt kontrolnych.

Data wizyty

Zalecenia lekarza

Wykaz przyjmowanych leków:

Poniższe leki immunosupresyjne należy przyjmować od dnia:
(jeżeli dany wykaz jest nieaktualny – przekreśl go!)

____ - ____ - ____

Lp.	Nazwa handlowa	Dawkowanie i jego schemat
1.		Całkowita dawka dobową: _____ <input type="checkbox"/> RANO: _____ - _____ dawka godzina <input type="checkbox"/> WIECZÓR: _____ - _____ dawka godzina
2.		Całkowita dawka dobową: _____ <input type="checkbox"/> RANO: _____ - _____ dawka godzina <input type="checkbox"/> WIECZÓR: _____ - _____ dawka godzina
3.		Całkowita dawka dobową: _____ <input type="checkbox"/> RANO: _____ - _____ dawka godzina <input type="checkbox"/> WIECZÓR: _____ - _____ dawka godzina

Harmonogram kolejnych wizyt:

Data kolejnej wizyty	Pobranie krwi (godz.)	Wizyta lekarska (godz.)

Pytania do lekarza

.....

.....

.....

CHIESI/KBL/BZ/102/10/2020