

Nome Paziente:

Settimana dal al

FARMACO	DOSE	N. CPR A SOMMINISTRAZIONE	N. CPR TOTALI CONSEGNATE	QUANDO			LUNEDI		MARTEDI		MERCOLEDì		GIOVEDI		VENERDI		SABATO		DOMENICA	
				mattina	sera	monos														
NAUSEA							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VOMITO							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
DIARREA							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
STANCHEZZA							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
TOSSE E SINTOMI RESPIRATORI							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
GONFIORE ALLE GAMBE							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
SANGUINAMENTI E SEDE							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ERUZIONI CUTANEE							SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ALTRO																				
PESO																				

Domande da porre al medico