

Minhas consultas e atividades extras
Controle semanal

Mês:

Do dia ___/___/___ ao dia ___/___/___

	Horário	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
<u>MANHÃ</u>								
<u>TARDE</u>								
<u>NOITE</u>								

Minhas medicações diárias e quando devo tomar
Controle mensal

Mês:

Horário do meu café da manhã: : hs

Horário do meu almoço: : hs

Horário da minha janta: : hs

	Nome do remédio	Tomar com qual líquido	Quantidade (ex:1 comprimido)	Total no período
<u>Antes do café da manhã</u>				
<u>Durante o café da manhã</u>				
<u>Após o café da manhã</u>				
<u>Antes do almoço</u>				
<u>Durante o almoço</u>				
<u>Após o almoço</u>				
<u>Antes do jantar</u>				
<u>Durante o jantar</u>				
<u>Após o jantar</u>				

Quando sinto dor, tomo o remédio:

Se sentir qualquer mal estar após uso de alguma medicação devo ligar:

Obs: