Дневник пациента

ФИО _____

Возраст _____

Диагноз _____

_____

Принимаемые препараты с указанием дозировок _____

_____

_____

Аллергия и непереносимость _____

_____

_____

Контактные сведения пациента _____

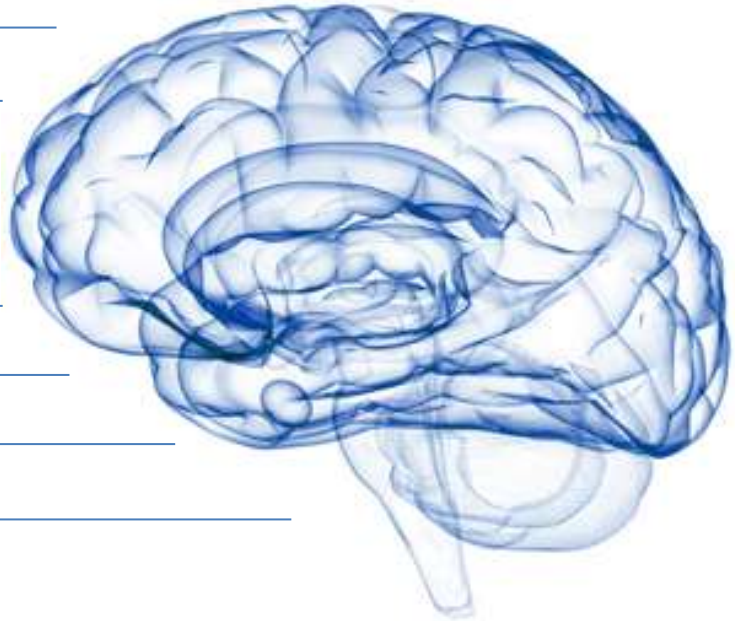
_____

Контакты лечащего врача _____

_____

Комментарии _____

_____



Год _____ Месяц _____

Число	Приступ					Принимаемые препараты		Побочные эффекты	Примечания
	Тип	Время	Длительность	Обстоятельства наступления приступа	Комментарии	ПЭП (доза, кратность приема)	Сопутствующая терапия		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									

Год _____ Месяц _____

Число	Приступ					Принимаемые препараты		Побочные эффекты	Примечания
	Тип	Время	Длительность	Обстоятельства наступления приступа	Комментарии	ПЭП (доза, кратность приема)	Сопутствующая терапия		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									