


Jurnal de medicație



Jurnal ghidat de 30 zile



Monitorizare

Creat cu LoomJournals

Cum să folosești acest jurnal

Bine ai venit la jurnalul tău! Iată câteva sfaturi pentru a profita la maximum de el:

- 1 Rezervă-ți câteva minute în fiecare zi pentru a scrie
- 2 Fii sincer și scrie liber, fără a te judeca
- 3 Încearcă să scrii la aceeași oră în fiecare zi pentru a-ți forma un obicei
- 4 Recitește-ți însemnările săptămânal pentru a observa tipare

-
- Bifează fiecare doză de medicament pe măsură ce o iei
 - Marchează dacă ai experimentat simptome notabile în acea zi
 - Revizuieste săptămânal pentru orice doze omise



Scanează pentru un ghid detaliat despre cum să folosești acest jurnal

Jurnal de medicație

Data: _____

	Lun	Mar	Mie	Joi	Vin	Sâm	Dum
Numele medicamentului	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dozaj	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamente dimineața	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente după-amiaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente seara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efecte secundare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

Jurnal de medicație

Data: _____

	Lun	Mar	Mie	Joi	Vin	Sâm	Dum
Numele medicamentului	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dozaj	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamente dimineața	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente după-amiaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente seara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efecte secundare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

Jurnal de medicație

Data: _____

	Lun	Mar	Mie	Joi	Vin	Sâm	Dum
Numele medicamentului	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dozaj	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamente dimineața	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente după-amiaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente seara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efecte secundare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

Jurnal de medicație

Data: _____

	Lun	Mar	Mie	Joi	Vin	Sâm	Dum
Numele medicamentului	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dozaj	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamente dimineața	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente după-amiaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente seara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efecte secundare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note

Jurnal de medicație

Data: _____

	Lun	Mar	Mie	Joi	Vin	Sâm	Dum
Numele medicamentului	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Dozaj	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Medicamente dimineața	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente după-amiaza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamente seara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Efecte secundare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note
