

KARTA LECZENIA ANALOGAMI GLP-1

Osobisty dziennik kontroli dawkowania i miejsc iniekcji

Imię i nazwisko pacjenta:

Nazwa przyjmowanego leku:

Pen ...

DATA	WAGA	DZIEŃ TYGODNIA	GODZINA	DAWKA	MIEJSCE PODANIA
					<input type="checkbox"/> brzuch <input type="checkbox"/> ramię <input type="checkbox"/> udo <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L
Adnotacje (odczucia, spostrzeżenia):					
					<input type="checkbox"/> brzuch <input type="checkbox"/> ramię <input type="checkbox"/> udo <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L
Adnotacje (odczucia, spostrzeżenia):					
					<input type="checkbox"/> brzuch <input type="checkbox"/> ramię <input type="checkbox"/> udo <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L
Adnotacje (odczucia, spostrzeżenia):					
					<input type="checkbox"/> brzuch <input type="checkbox"/> ramię <input type="checkbox"/> udo <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L
Adnotacje (odczucia, spostrzeżenia):					

Pen ...

DATA	WAGA	DZIEŃ TYGODNIA	GODZINA	DAWKA	MIEJSCE PODANIA
					<input type="checkbox"/> brzuch <input type="checkbox"/> ramię <input type="checkbox"/> udo <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L
Adnotacje (odczucia, spostrzeżenia):					
					<input type="checkbox"/> brzuch <input type="checkbox"/> ramię <input type="checkbox"/> udo <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L
Adnotacje (odczucia, spostrzeżenia):					
					<input type="checkbox"/> brzuch <input type="checkbox"/> ramię <input type="checkbox"/> udo <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L
Adnotacje (odczucia, spostrzeżenia):					
					<input type="checkbox"/> brzuch <input type="checkbox"/> ramię <input type="checkbox"/> udo <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L
Adnotacje (odczucia, spostrzeżenia):					