**הטיפול שלי**

**לנוחיותך טבלה בה תוכלי למלא הנחיות הטיפול :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| תאריך  | יום בשבוע  | שם התרופה | מינון: כמה עליי ליטול  | אופן ההזרקה  | עד מתי ?  | מתי עליי להגיע שוב  | הערות  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |