

NOME: _____



DATA: ____ / ____ / ____

GUIA TERAPÊUTICA

| MEDICAMENTO |  Jejum |  Pequeno-almoço |  Almoço |  Lanche |  Jantar |  Deitar |
|-------------|--|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

OBSERVAÇÕES:

Médico: _____

Próxima consulta: ____ / ____ / ____ Hora: ____: ____