**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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |