

APÊNDICE XI – Plano Personalizado de Aconselhamento ao Paciente

Nome do Paciente: _____	Data: ____/____/____
-------------------------	----------------------

MEDICAMENTO (Princípio ativo/ Concentração)	CAFÉ DA MANHÃ		ALMOÇO		LANCHE		JANTAR		HORA DE DORMIR hh:mm	SE NECESSÁRIO	OBSERVAÇÕES
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois			

ORIENTAÇÕES ADICIONAIS:	FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL:
-------------------------	---------------------------

