

KARTU PINTAR PENGOBATAN

Nama :
Umur :
Alamat :

Diisi Oleh Petugas				Di isi Oleh Pasien/Keluarga																																			
No.	Obat	Intruksi	Waktu Minum	Pemantauan Harian Obat																																			
				Hari - 1	Hari - 2		Hari - 3		Hari - 4		Hari - 5		Hari - 6		Hari - 7		Hari - 8		Hari - 9		Hari - 10		Hari - 11		Hari - 12		Hari - 13		Hari - 14		Hari - 15								
				P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M	P	S	M
1.			Pagi (P)																																				
			Siang (S)																																				
			Malam (M)																																				
2.			Pagi (P)																																				
			Siang (S)																																				
			Malam (M)																																				
3.			Pagi (P)																																				
			Siang (S)																																				
			Malam (M)																																				
4.			Pagi (P)																																				
			Siang (S)																																				
			Malam (M)																																				
			Pagi (P)																																				
			Siang (S)																																				
			Malam (M)																																				