

REGISTRO DE EFECTOS DE MEDICAMENTO

Nombre: _____
 Médico tratante: _____
 Nombre del medicamento: _____
 Dosis inicial: _____
 Peso al iniciar: _____
 Horario de toma al iniciar: _____

Su información durante el primer mes de la toma de medicamento es muy relevante para un buen tratamiento por lo que pido su colaboración y estrecha comunicación.

Favor de anotar en cada caso comparando con el día anterior.

En caso de que aumente anotar un signo de más: +
 En caso de que disminuya anotar un signo de menos: -
 Si no hubo cambios dejar el cuadro vacío.

Comportamiento	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Ansiedad																															
Apatía																															
Apetito																															
Concentración																															
Distracción																															
Dolores de cabeza																															
Dolor estomacal																															
Eufórico																															
Impulsividad																															
Insomnio																															
Irritabilidad																															
Mareo																															
Náusea o vómito																															
Nerviosismo																															
Peso																															
Poder estar sentado y quieto																															
Somnolencia																															