Форма № 1

Лист контроля приема лекарств

Дата назначения	Наименование лекарства	Лекарственная форма	Условия приема	Часы приема, дозировка				Дата отмены
				утро	день	вечер	ночь	
01.08.25	Ксарелто 10мг	таб	после еды	1т				
	Мексидол 125мг	таб	после еды	1т		1т		
24.10.25	Метформин 500мг	таб	во вр еды	1т				