

Orodhesha vidonge vyote. Utakapokamilisha orodha ya dawa, rudi kwenye fomu ya tathmini.

1. Taarifa kumhusu mgonjwa

Jina:		Ukoo:		Tarehe:	
Ana mzio wa dawa (aleji):				<input type="checkbox"/> Hana mzio wa dawa (aleji):	

2. Dawa

Jina la kidonge:				Nguvu ya dawa:	_____ gm
Muonekano wa kidonge:		Rangi:	Umbo:	Alama:	Ukubwa:
Ugonjwa unaotibiwa na kidonge:					
Kipimo cha kumeza cha dawa (Dozi):		_____ gm	Idadi ya vidonge:	Ameandikiwa na:	
Mara ngapi na muda gani kwa siku					
1x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja			
2x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu nyingi			
3x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja na nyininge nyingi			
4x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu nyingi			
Maelekezo maalum:					
Tarehe ya kuacha kumeza dawa:				Tarehe ya kubadilisha dawa:	

Jina la kidonge:				Nguvu ya dawa:	_____ gm
Muonekano wa kidonge:		Rangi:	Umbo:	Alama:	Ukubwa:
Ugonjwa unaotibiwa na kidonge:					
Kipimo cha kumeza cha dawa (Dozi):		_____ gm	Idadi ya vidonge:	Ameandikiwa na:	
Mara ngapi na muda gani kwa siku					
1x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja			
2x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu nyingi			
3x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja na nyininge nyingi			
4x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu nyingi			
Maelekezo maalum:					
Tarehe ya kuacha kumeza dawa:				Tarehe ya kubadilisha dawa:	

Jina la kidonge:				Nguvu ya dawa:	_____ gm
Muonekano wa kidonge:		Rangi:	Umbo:	Alama:	Ukubwa:
Ugonjwa unaotibiwa na kidonge:					
Kipimo cha kumeza cha dawa (Dozi):		_____ gm	Idadi ya vidonge:	Ameandikiwa na:	
Mara ngapi na muda gani kwa siku					
1x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja			
2x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu nyingi			
3x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja na nyininge nyingi			
4x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu nyingi			
Maelekezo maalum:					
Tarehe ya kuacha kumeza dawa:				Tarehe ya kubadilisha dawa:	

Jina la kidonge:				Nguvu ya dawa: _____ gm
Muonekano wa kidonge: Rangi: _____ Umbo: _____ Alama: _____ Ukubwa: _____				
Ugonjwa unaotibiwa na kidonge:				
Kipimo cha kumeza cha dawa (Dozi): _____ gm Idadi ya vidonge: _____ Ameandikiwa na: _____				
Mara ngapi na muda gani kwa siku				
1x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja		
2x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja		
3x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu nyngi		
4x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja na nyngine nyngi		
Maelekezo maalum:				
Tarehe ya kuacha kumeza dawa:		Tarehe ya kubadilisha dawa:		

Jina la kidonge:				Nguvu ya dawa: _____ gm
Muonekano wa kidonge: Rangi: _____ Umbo: _____ Alama: _____ Ukubwa: _____				
Ugonjwa unaotibiwa na kidonge:				
Kipimo cha kumeza cha dawa (Dozi): _____ gm Idadi ya vidonge: _____ Ameandikiwa na: _____				
Mara ngapi na muda gani kwa siku				
1x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja		
2x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja		
3x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu nyngi		
4x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja na nyngine nyngi		
Maelekezo maalum:				
Tarehe ya kuacha kumeza dawa:		Tarehe ya kubadilisha dawa:		

Jina la kidonge:				Nguvu ya dawa: _____ gm
Muonekano wa kidonge: Rangi: _____ Umbo: _____ Alama: _____ Ukubwa: _____				
Ugonjwa unaotibiwa na kidonge:				
Kipimo cha kumeza cha dawa (Dozi): _____ gm Idadi ya vidonge: _____ Ameandikiwa na: _____				
Mara ngapi na muda gani kwa siku				
1x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja		
2x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja		
3x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu nyngi		
4x / siku	Asubuhi <input type="checkbox"/> Adhuhuri <input type="checkbox"/> Alasiri <input type="checkbox"/> Wakati wa kulala <input type="checkbox"/>	→ Kifaa saidizi cha kupangilia umezaji wa vidonge chenye sehemu moja na nyngine nyngi		
Maelekezo maalum:				
Tarehe ya kuacha kumeza dawa:		Tarehe ya kubadilisha dawa:		