



MEDICAÇÃO EM DIA

FICHA DE CONTROLE DIÁRIO

Paciente: _____

Data: ____/____/____

Cuidador responsável: _____

MEDICAMENTO	DOSE	HORÁRIO	ADMINISTRADO	OBSERVAÇÃO
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	
			☐	

ALERTAS DO DIA (PREENCHER SE HOUVER)

☐ Não administrado

☐ Reação adversa

☐ Erro de horário

Descrever: _____

MEDICAÇÕES FIXAS DO DIA

Horário	Medicamentos
08:00	_____
12:00	_____
18:00	_____
22:00	_____

Assinatura do cuidador: _____

☐ 08:00 _____

☐ 18:00 _____

☐ 12:00 _____

☐ 22:00 _____

Assinatura do cuidador: _____

Horário: _____



CONFIANÇA
Segurança e
credibilidade



CUIDADO
Acolhimento e
humanização



EXPERIÊNCIA
Especialista em
soluções reais