Controle de aplicação subcutânea de VISCUM ALBUM

Nome: Idade: Médico: Tel. Médico: nº folha:

Data	*dd/mm/aa*																						
Tipo	*A / M / P*																						
Dose	*Em mg*																						
Sente-se	*(M) Melhor, (I) igual, (P) pior que ontem*																						
Reação local	*cm na maior dimensão*																						
Temperatura	*°C (A) antes / (D) depois da aplicação*	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D
40,0																							
39,0																							
38,0																							
37,0																							
36,0																							
35,0																							
Observação																							