

تزریق داخل مثانه‌ای ب‌ث‌ژ

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

تزریق هفتگی

سیستوستاسکوپی ۴ هفته پس از آخرین تزریق	تاریخ						
	شماره درمان	۶	۵	۴	۳	۲	۱
	امضا						
	آزمایش‌های خون						
	طبیعی						
	غیرطبیعی - تأیید شده توسط پزشک						
	آزمایش ادرار						
	طبیعی						
	غیرطبیعی - تأیید شده توسط پزشک						

- به خاطر داشته باشید که یافته‌ها را در پرونده بیمار ثبت نمایید.
- دستورالعمل محلی برای تزریق داخل مثانه‌ای ب‌ث‌ژ را مطالعه نمایید.
- به خاطر داشته باشید که جزوهای در مورد تزریق داخل مثانه‌ای ب‌ث‌ژ به بیمار ارائه نمائید.