

تزریق داخل مثانه‌ای ب‌ث‌ژ

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

تزریق هر ۴ هفته

سیستوستاژی ۴ هفته پس از آخرین تزریق				سیستوستاژی ۴ هفته پس از آخرین تزریق				سیستوستاژی ۴ هفته پس از آخرین تزریق				سیستوستاژی ۴ هفته پس از آخرین تزریق				تاریخ	
	۱۲	۱۱	۱۰		۹	۸	۷		۶	۵	۴		۳	۲	۱	شماره درمان	
																	امضا
																	آزمایش‌های خون
																	طبیعی
																	غیرطبیعی - تائید شده توسط پزشک
																	آزمایش ادرار
																	طبیعی
																	غیرطبیعی - تائید 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.