

تزریق داخل مثانه‌ای میتومایسین

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

تزریق هفتگی

سیستوستاگونی ۴ هفته پس از آخرین تزریق	تاریخ								
	شماره درمان	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
	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 میتومایسین را مطالعه نمایید.
- به خاطر داشته باشید که جزوهای در مورد تزریق داخل مثانه‌ای میتومایسین به بیمار ارائه نمائید.