ADI SOYADI :
DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR :

1) Bu formu tedavi süresince yanınızda taşıyınız ve kartınıza yazılan günlük ilaç dozunu tarif edilen saatlerde düzenli olarak yaptırınız.
2) Kartınızda belirtilmeyen ilaçları kullanmayınız. Başka bir ilaç kullanmanız gerektiğinde mutlaka doktorunuzu arayınız. ((0332) 223 66 94)
3) Tedavi süresince sigara, alkol kullanmayınız ve stresten uzak durunuz.

TEDAVİ PROTOKOLÜ

……
……
……

GnRHa			Gonadotropin		
Tarih	**Dozu**	**Saati**	**İsim**	**Dozu**	**Saat**
				...……..toz...……..su	
				…..……..toz..……..su	
				……..toz…..…..su	
				……..toz.……..su	
				…..……..toz.……..su	
				……..toz.……..su	
				……..toz.……..su	
				……..toz.……..su	
				……..toz.……..su	
				……..toz.……..su	
				……..toz.……..su	
				……..toz.……..su	
				……..toz.……..su	
				……..toz.……..su	