



Kế hoạch Kiểm soát Triệu chứng của Người chăm sóc

Tên người con _____

Cân nặng _____ Tuổi _____ Ngày sinh _____

Số nhận dạng (Medicare/bệnh viện) _____

Người liên lạc chính (Người nên gọi 24/7): Tên _____ Số điện thoại _____

Các dị ứng

Sự chẩn đoán (nếu biết) hoặc căn bệnh chính

Thuốc men thường dùng

Triệu chứng	Kiểm soát triệu chứng (ví dụ dùng thuốc)
Ví dụ Đau nhức	Thuốc thường dùng khi đau nhẹ: Khi đau nhiều hơn:

Tiếp theo ở trang sau

Triệu chứng	Kiểm soát triệu chứng (ví dụ dùng thuốc)

Các điểm ghi chú bổ sung

Người viết _____

Ngày _____