

Control de medicamentos para el dolor



Utilice esta hoja para controlar la cantidad de medicamentos para el dolor que usted toma. Pida a una persona de confianza que le ayude a llevar un registro de la cantidad de pastillas para el dolor que usted toma cada día. No tome ningún otro medicamento mientras esté tomando el medicamento para el dolor, a menos que su médico le diga que puede hacerlo. No tome más medicamentos de los que su médico le haya recetado, incluso si todavía tiene un poco de dolor. Si todavía siente mucho dolor, incluso después de tomar el medicamento para el dolor, informe a su médico. **Avise a quienes cuidan de usted que llamen al 911 si su respiración se hace lenta o se detiene, o si no pueden despertarlo.**

Día, Fecha	Medicamentos	Dosis, Con qué frecuencia se puede tomar	Hora en la que se tomó	Cuándo puede tomar la dosis siguiente	Nivel de dolor			
					Antes	Después		
Lunes, 3/5/23	Ejemplo: Percocet	Dosis: <u>5 mg (1 píldora)</u> cada <u>6</u> horas, solo cuando la necesite	2:00 P. M.	8:00 P. M	Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input checked="" type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input checked="" type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> 😞

CONTROL DE MEDICAMENTOS PARA EL DOLOR

Día, Fecha	Medicamentos	Dosis, Con qué frecuencia se puede tomar	Hora en la que se tomó	Cuándo puede tomar la dosis siguiente	Nivel de dolor			
					Antes	Después		
Lunes, 3/5/23	Ejemplo: Percocet	Dosis: 5 mg (1 píldora) cada 6 horas, solo cuando la necesite	2:00 P. M.	8:00 P. M	Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input checked="" type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
					Después	<input checked="" type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
		Dosis: _____ cada _____ horas			Antes	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️
					Después	<input type="checkbox"/> 😊	<input type="checkbox"/> 😐	<input type="checkbox"/> ☹️

Lleve esta hoja a todas las citas de seguimiento con su médico.