



Mi tratamiento y mi control

Copia tu receta y lleva esta ficha a la consulta. No indica un esquema ni sustituye las instrucciones de tu médico.

Nombre: _____ **Inicio del tratamiento:** _____ **Final indicado:** _____

Medicamentos indicados en mi receta

Medicamento (nombre exacto)	Dosis según receta	Horario / relación con comidas	Duración indicada

Alergias o problemas previos con medicamentos: _____

Fechas para revisar con el equipo tratante

Final real del tratamiento: _____ **Último antibiótico / bismuto:** _____ **Último IBP / PCAB o fecha acordada:** _____

Prueba acordada con el centro: _____ **Fecha acordada para el control:** _____

Intervalos habituales: al menos 4 semanas desde el final del tratamiento y la última toma de antibióticos o bismuto; al menos 2 semanas sin IBP (p. ej., omeprazol) ni PCAB (p. ej., vonoprazan), si tu equipo autoriza interrumpirlos. Confirma el ayuno y la preparación con el centro.



Registro diario de las tomas y molestias

Registra solo los días indicados en tu receta. Estos espacios no fijan la duración: si necesitas más, imprime otra copia.

Marca si completaste todas las tomas prescritas para ese día. No añadas ni cambies dosis con esta ficha.

Fecha	¿Completé las tomas indicadas?	Toma pendiente o motivo	Molestias / preguntas para mi equipo
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		
	☐ Sí ☐ No ☐ Parcial		

Si omites una toma, vomitas un medicamento o no lo toleras, pregunta cómo proceder para tu receta. Busca atención inmediata ante sangrado, desmayo, dolor súbito e intenso, dificultad para respirar o hinchazón de labios o lengua. No esperes respuesta por WhatsApp.