DOSLEY

# Tabla de rotación de zonas de inyección

## Registro personal en blanco

**Marca la zona que usaste en cada fecha. La tabla registra lo que ya ocurrió. No elige la siguiente zona, ni una dosis ni un calendario.**

Nombre o iniciales, opcional _____ Medicamento _____

| Fecha | Abdomen | | Muslo | | Brazo | | Notas (p. ej., zona irritada) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Izquierda | Derecha | Izquierda | Derecha | Izquierda | Derecha | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |

Las zonas adecuadas, y quién puede inyectar en cada una, dependen del prospecto de tu medicamento. Sigue el prospecto y las indicaciones de tu profesional sanitario.

Solo para tu registro personal. No es consejo médico. Guarda tus registros en privado.