דו"ח מעקב טיפולי

תאריך: _____

שם מלא: _____ **טיפול מס':** _____

הרגשה לאחר טיפול קודם / תגובות לטיפול אחרון

_____
_____
_____
_____

איך המטופל מרגיש היום?

_____
_____
_____
_____

תמונת דופק

שמאל				ימין			
SI		HT		LI		LU	
GB		LIV		ST		SP	
BL		KID		TW		PC	

תמונת לשון:

_____
_____
_____

סנדרום מרכזי:

_____

ע.טיפולי:

_____

הערות:

_____
_____