

DIARIO DE REGISTRO DE EFECTOS ADVERSOS

Cómo te sientes hoy?			Fecha:
Inquieto	1 2 3 4 5	Enojado/irritada	1 2 3 4 5
<i>Comentario</i>		<i>Comentario</i>	
Asioso	1 2 3 4 5	Problemas de memoria	1 2 3 4 5
<i>Comentario</i>		<i>Comentario</i>	
Cabeza borrosa	1 2 3 4 5	Amodorramiento	1 2 3 4 5
<i>Comentario</i>		<i>Comentario</i>	
Nervioso	1 2 3 4 5	Boca seca	1 2 3 4 5
<i>Comentario</i>		<i>Comentario</i>	
Cambio en el apetito	1 2 3 4 5	Reduccion de la conducta sexual	1 2 3 4 5
<i>Comentario</i>		<i>Comentario</i>	
Estreñido	1 2 3 4 5	Mareado	1 2 3 4 5
<i>Comentario</i>		<i>Comentario</i>	

