

INTERCORRÊNCIAS

Data	Horário	Teve intercorrência?	Se sim, qual?	Quantas vezes ao dia?	Observações
			<input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Distensão abdominal <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> + de 3	
			<input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Distensão abdominal <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> + de 3	
			<input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Distensão abdominal <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> + de 3	
			<input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Distensão abdominal <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dor de cabeça <input type="checkbox"/> Dificuldade de respirar <input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> + de 3	