GATO_____	MES_____/_____	MG/KG_____	HORA FIJA_____	INYECTABLE (ML) peso × dosis (mg/kg) / 17 mg/ml	ORAL (MG) peso × dosis (mg/kg)	TIPO☐ Húmedo abd.☐ Húmedo pleural☐ Seco☐ Ocular☐ Neuro

Mapa de inyección: subcutánea, rodea cada día la zona usada. I = izquierda, D = derecha. **Zona roja: columna, nunca pinchar. Tampoco cerca de las patas.**

En oral: en ayunas 60 minutos antes y 30 después. Las pastillas no se trituran y sólo se parten por la mitad. **Si hay vómitos o diarrea, pasad a inyectable.**

Sem.	Días de tratamiento · el tratamiento puede empezar cualquier día de la semana: anota la fecha en cada casilla						
S1	1/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	2/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____ **Sin fiebre. Si no, sube dosis**	3/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	4/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	5/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____ **Come mejor y más activo. Si no, sube dosis**	6/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	7/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____ **Pesa y recalcula la dosis**
S2	8/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	9/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	10/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	11/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	12/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	13/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	14/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____ **Húmedo: líquido reabsorbido. Pesa y recalcula**
S3	15/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	16/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	17/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	18/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	19/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	20/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	21/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____ **Pesa y recalcula la dosis**
S4	22/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	23/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	24/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	25/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	26/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	27/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	28/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____ **VETERINARIO: analítica y ecografía**
S5	29/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	30/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	31/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	32/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	33/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	34/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	35/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____ **Pesa y recalcula la dosis**
S6	36/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	37/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	38/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	39/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	40/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	41/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____	42/84 Fecha: ___ Hora: ___ Dosis: _____ Peso: _____ **Sin anemia. Si la hay, sube dosis. Pesa y recalcula**

GATO_____	MES_____/_____	MG/KG_____	HORA FIJA_____	INYECTABLE (ML) peso × dosis (mg/kg) / 17 mg/ml	ORAL (MG) peso × dosis (mg/kg)	TIPO☐ Húmedo abd.☐ Húmedo pleural☐ Seco☐ Ocular☐ Neuro

Mapa de inyección: subcutánea, rodea cada día la zona usada. I = izquierda, D = derecha. **Zona roja: columna, nunca pinchar. Tampoco cerca de las patas.**

En oral: en ayunas 60 minutos antes y 30 después. Las pastillas no se trituran y sólo se parten por la mitad. **Si hay vómitos o diarrea, pasad a inyectable.**

Sem.	Días de tratamiento · el tratamiento puede empezar cualquier día de la semana: anota la fecha en cada casilla						
S7	**43**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**44**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**45**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**46**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**47**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**48**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**49**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____ **Pesa y recalcula la dosis**
S8	**50**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**51**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**52**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**53**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**54**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**55**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**56**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____ **VETERINARIO: analítica y ecografía**
S9	**57**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**58**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**59**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**60**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**61**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**62**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**63**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____ **Pesa y recalcula la dosis**
S10	**64**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**65**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**66**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**67**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**68**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**69**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**70**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____ **Pesa y recalcula la dosis**
S11	**71**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**72**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**73**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**74**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**75**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**76**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**77**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____ **Pesa y recalcula la dosis**
S12	**78**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**79**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**80**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**81**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____ **VETERINARIO: analítica y ecografía. Hazla ahora para tener los resultados antes del día 84.**	**82**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**83**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____	**84**/84 Fecha: ____ Hora: ____ Dosis: _____ Peso: _____ **Último día de tratamiento. Empiezan 84 días de observación.**

Lanzifip · Al terminar el día 84 comienzan 84 días de observación. Ante decaimiento, pérdida de apetito o vuelta de síntomas, acude al veterinario y pide un hemograma.