

POST-OP EYE DROP SCHEDULE

Patient Name: _____ Date/Time of Procedure: _____

Doctor's Emergency Info: _____ Post-Op Appointment: _____

	DAY 1	DAY 2	DAY 3	DAY 4	DAY 5	DAY 6	DAY 7
Prescription #1:	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
Time: 4x/daily							
Prescription #1:	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
Time: 4x/daily							
Prescription #1:	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
Time: 4x/daily							
Prescription #1:	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
Time: 4x/daily							
Prescription #2: Dosage: <i>Always wait 15 minutes after Prescription #1.</i> <i>Always remember to shake well (both prescriptions.)</i> Time: <i>Every Hour.</i>	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P
	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P	<input type="checkbox"/> __: __ A/P

This is only meant to be a guide based on one personal experience. Please ask your doctor for specific instructions for your individual needs.