

ELENCO DEI FARMACI PERSONALI PER	Data di nascita:
-----------------------------------------	-------------------------

Il presente elenco di farmaci è stato preparato per Lei dopo il nostro colloquio. Abbiamo inoltre utilizzato le informazioni provenienti dai dati clinici forniti dal Suo medico e/o dalle dichiarazioni della Sua farmacia.

- Utilizzi le righe vuote per aggiungere nuovi farmaci, quindi indichi le date in cui ha iniziato a usarli.
- Apponga una croce sui farmaci che non utilizza più, quindi indichi la data in cui ha smesso di usarli e il motivo di tale decisione.
- Chieda ai Suoi medici, farmacisti e altri fornitori di cure sanitarie del Suo team di aggiornare il presente elenco in occasione di ogni visita.

<p>Mantenga aggiornato questo elenco con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> farmaci prescrittibili <input type="checkbox"/> farmaci da banco <input type="checkbox"/> medicine erboristiche <input type="checkbox"/> vitamine <input type="checkbox"/> minerali

Nel caso venisse ricoverato in ospedale o al Pronto Soccorso, porti con Lei questo elenco. Ne consegni una copia anche ai Suoi familiari e a chi si prende cura di Lei.

DATA DI PREPARAZIONE:

Allergie o effetti collaterali:

Farmaco:	
Come lo uso:	
Perché lo uso:	Prescrittore:
Data in cui ho iniziato a usarlo:	Data in cui ho smesso di usarlo:
Motivo per cui ho smesso di usarlo:	

Farmaco:	
Come lo uso:	
Perché lo uso:	Prescrittore:
Data in cui ho iniziato a usarlo:	Data in cui ho smesso di usarlo:
Motivo per cui ho smesso di usarlo:	

ELENCO DEI FARMACI PERSONALI PER
(continua)

Data di nascita:

Farmaco:	
Come lo uso:	
Perché lo uso:	Prescrittore:
Data in cui ho iniziato a usarlo:	Data in cui ho smesso di usarlo:
Motivo per cui ho smesso di usarlo:	

Farmaco:	
Come lo uso:	
Perché lo uso:	Prescrittore:
Data in cui ho iniziato a usarlo:	Data in cui ho smesso di usarlo:
Motivo per cui ho smesso di usarlo:	

Farmaco:	
Come lo uso:	
Perché lo uso:	Prescrittore:
Data in cui ho iniziato a usarlo:	Data in cui ho smesso di usarlo:
Motivo per cui ho smesso di usarlo:	

Farmaco:	
Come lo uso:	
Perché lo uso:	Prescrittore:
Data in cui ho iniziato a usarlo:	Data in cui ho smesso di usarlo:
Motivo per cui ho smesso di usarlo:	

Farmaco:	
Come lo uso:	
Perché lo uso:	Prescrittore:
Data in cui ho iniziato a usarlo:	Data in cui ho smesso di usarlo:
Motivo per cui ho smesso di usarlo:	

ELENCO DEI FARMACI PERSONALI PER

Data di nascita:

(continua)

Farmaco:	
Come lo uso:	
Perché lo uso:	Prescrittore:
Data in cui ho iniziato a usarlo:	Data in cui ho smesso di usarlo:
Motivo per cui ho smesso di usarlo:	

Farmaco:	
Come lo uso:	
Perché lo uso:	Prescrittore:
Data in cui ho iniziato a usarlo:	Data in cui ho smesso di usarlo:
Motivo per cui ho smesso di usarlo:	

Farmaco:	
Come lo uso:	
Perché lo uso:	Prescrittore:
Data in cui ho iniziato a usarlo:	Data in cui ho smesso di usarlo:
Motivo per cui ho smesso di usarlo:	

Altre informazioni:

Nel caso avesse domande riguardanti il Suo elenco di farmaci, contatti il reparto Medication Therapy Management (gestione delle terapie mediche) di Elderplan al numero 877-472-3915 (utenti TTY: 855-405-8233) dalle 9:00 alle 18:00 (fuso orario EST), dal lunedì al venerdì.

Ai sensi del Paperwork Reduction Act del 1995, nessuna persona è tenuta a rispondere ad una raccolta di informazioni salvo il caso in cui venga mostrato un numero di controllo OMB valido. Il numero OMB valido per questa raccolta di informazioni è: 0938-1154. Il tempo medio richiesto per compilare questa raccolta di informazioni è stimato in 40 minuti per risposta, incluso il tempo necessario all'esame delle istruzioni, alla ricerca di fonti di dati esistenti, alla raccolta dei dati necessari e alla compilazione e al riesame delle informazioni raccolte. Nel caso avesse commenti riguardanti l'accuratezza dei tempi stimati, oppure suggerimenti per migliorare il presente modulo, li invii al seguente recapito: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.