

СПИСОК ПРИНИМАЕМЫХ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ:

Дата рождения:

Данный список лекарств был подготовлен для Вас на основе информации, полученной в ходе беседы с Вами. Мы также использовали клиническую информацию, предоставленную Вашим врачом и/или взятую из страховых требований на оплату полученных Вами лекарств.

- Используйте пустые строки для добавления новых лекарств. Затем укажите дату начала использования каждого нового лекарства.
- Вычеркивайте лекарства, которые Вы больше не принимаете. После этого указывайте дату и причину прекращения их приема.
- Просите обслуживающих Вас врачей, фармацевтов и других медицинских работников вносить обновления в этот список при каждом приеме или посещении.

В этот список должны включаться:

- рецептурные препараты
- безрецептурные препараты
- травяные средства
- витамины
- минеральные добавки

Если Вы будете госпитализированы или нуждаться в услугах отделения неотложной помощи, возьмите этот список с собой. Также ознакомьте с ним Ваших близких и лиц, осуществляющих повседневный уход за Вами.

ДАТА СОСТАВЛЕНИЯ:

Аллергии или побочные реакции:

Лекарство:

Как я его принимаю:

Почему я его принимаю:

Назначивший специалист:

Дата начала приема:

Дата прекращения приема:

Причина прекращения приема:

СПИСОК ПРИНИМАЕМЫХ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ:

Дата рождения:

(Продолжение)

Лекарство:	
Как я его принимаю:	
Почему я его принимаю:	Назначивший специалист:
Дата начала приема:	Дата прекращения приема:
Причина прекращения приема:	

Лекарство:	
Как я его принимаю:	
Почему я его принимаю:	Назначивший специалист:
Дата начала приема:	Дата прекращения приема:
Причина прекращения приема:	

Лекарство:	
Как я его принимаю:	
Почему я его принимаю:	Назначивший специалист:
Дата начала приема:	Дата прекращения приема:
Причина прекращения приема:	

Лекарство:	
Как я его принимаю:	
Почему я его принимаю:	Назначивший специалист:
Дата начала приема:	Дата прекращения приема:
Причина прекращения приема:	

Лекарство:	
Как я его принимаю:	
Почему я его принимаю:	Назначивший специалист:
Дата начала приема:	Дата прекращения приема:
Причина прекращения приема:	

Лекарство:	
Как я его принимаю:	
Почему я его принимаю:	Назначивший специалист:
Дата начала приема:	Дата прекращения приема:
Причина прекращения приема:	

СПИСОК ПРИНИМАЕМЫХ ЛЕКАРСТВ ДЛЯ: **Дата рождения:**

(Продолжение)

Лекарство:	
Как я его принимаю:	
Почему я его принимаю:	Назначивший специалист:
Дата начала приема:	Дата прекращения приема:
Причина прекращения приема:	

Лекарство:	
Как я его принимаю:	
Почему я его принимаю:	Назначивший специалист:
Дата начала приема:	Дата прекращения приема:
Причина прекращения приема:	

Лекарство:	
Как я его принимаю:	
Почему я его принимаю:	Назначивший специалист:
Дата начала приема:	Дата прекращения приема:
Причина прекращения приема:	

Дополнительная информация:

Если у Вас имеются какие-либо вопросы об этом списке лекарств, позвоните в отдел управления медикаментозной терапией Elderplan (Medication Therapy Management Department) по телефону 877-472-3915 (TTY: 855-405-8233). Часы работы отдела: 9:00 – 18:00 (восточное стандартное время), с понедельника по пятницу.

В соответствии с Законом о сокращении объема документации 1995 г. никакое лицо не обязано предоставлять информацию в ответ на запрос информации, если на форме запроса не отображен действительный контрольный номер OMB. Действительный номер OMB для данного запроса информации: 0938-1154. Время, необходимое для заполнения данной формы запроса информации, оценивается в среднем в 40 минут, что включает время, необходимое для ознакомления с инструкциями, поиска информации в имеющихся источниках, сбора необходимых данных и заполнения и проверки собранной информации. Если у Вас есть какие-либо замечания, касающиеся точности оценки времени, или предложения по улучшению данной формы, обратитесь по следующему адресу: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850.