

Памятка по приему лекарств

ФИО пациента: _____ Дата рождения: _____

Название местной аптеки: _____ Номер телефона аптеки: _____

Адрес местной аптеки: _____

Название компании, торгующей по каталогам: _____ Номер телефона компании: _____

Название медицинского препарата Брендный или генерик	Доза (мг, единиц, впрыскиваний, капель)	Когда принимать? Раз в день? Утром или вечером? С приемом пищи?	Зачем принимать?	Дата начала приема	Дата окончания приема	Требуемое наблюдение (напр., лабораторные анализы каждые _____ недель)	Кто прописал	Побочные эффекты/ признаки опасности

Медицинские препараты, отпускаемые без рецепта (отметьте все, что ваш родственник принимает регулярно)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Противоаллергенные, антигистаминные | <input type="checkbox"/> против головной боли или жаропонижающие | <input type="checkbox"/> Травы, пищевые добавки | <input type="checkbox"/> Витамины, минералы |
| <input type="checkbox"/> Антациды | <input type="checkbox"/> Лекарства, принимаемые при простуде/кашле | <input type="checkbox"/> Слабительные | <input type="checkbox"/> Другое (перечислите ниже):
_____ |
| <input type="checkbox"/> Аспирин /другие болеутоляющие, средства | <input type="checkbox"/> Диетические пилюли | <input type="checkbox"/> Лекарства от бессонницы | _____ |