Мой список лекарств

Обновляйте данный список каждый раз при изменении выписанных Вам лекарств, их дозировки или частоты приема. Храните его копию в своем аварийном комплекте. Всегда берите свой список лекарств при посещении врача или больницы. Заполните вторую страницу, если Вы принимаете более семи лекарств.

Имя:_____

Дата заполнения: _____

Кем заполнено: _____

Лекарство Укажите торговое название и непатентованное наименование, если применимо	**Дозировка** Перечислите величину каждой дозировки (например, # мг)	**Частота** Количество приемов лекарства в сутки	**Примечание** Впишите, следует ли принимать это лекарство во время еды, натощак, или иные специальные инструкции.

mncha
Home Health • Private Duty
Home Medical Equipment

Распространяется в сотрудничестве Управлением по чрезвычайным ситуациям Департамента здравоохранения и психической гигиены и Национальной ассоциацией компаний сферы ухода на дому штата Мэриленд.

Maryland
Department of Health and Mental Hygiene
Office of Preparedness and Response