

## 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 Брендовый или генерике	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):<br>_____ |
| <input type="checkbox"/> Аспирин /другие болеутоляющие, средства | <input type="checkbox"/> Диетические пилюли                        | <input type="checkbox"/> Лекарства от бессонницы | _____  |