

Форма Личных Лекарств

Им	ия:	Дата рождения:	Дата последнего	о обновления формы:								
при на Roc Есл	Ваша полная история лекарств важна для ваших врачей и больниц. Пожалуйста, заполните эту форму и приносите её с Вами, в любое время, когда Вы идете в офис доктора или в больницу. Если Вас назначили на приём для Предхирургических Услуг, совершаете поездку в Отделение Скорой Помощи (Emergency Room), или непосредственно прибываете в больницу — Не забудьте принести эту заполненную форму!! Если по некоторым причинам, Вы неспособны заполнить эту форму, пожалуйста, принесите мешочек со всеми лекарствами (в их первоначальных упаковках), которые Вы в настоящее время употребляете.											
Аллергии: Испытываете ли Вы аллергию на какие-либо лекарства? Испытываете ли Вы аллергию												
на какие-либо пищевые продукты, иод, ленту, или латекс? Внести в список каждое												
ſ	вещество, от которого Вы испытываете		аллергию и реакцию, к Аллергия	оторую Вы испытали. Реакция								
Аллергия Реакция Аллергия				Тсакция								
Вакцины: Отметьте один квадрат для каждой вакцины.												
	□ Столбняк	Пневмония	□Инфлюэнца (гри	ипп) Цедиатрические (для ребенка)								
	В течение прошлых10 лет	В течение прошлых 5 лет	В течение прошло года	ого Согласно возраста								
	Неизвестно	Неизвестно	Неизвестно	Неизвестно								
Лекарства: Пожалуйста, внесите в список <u>все</u> предписанные по рецепту и без рецепта лекарства, травы, капли для глаз, пищевые добавки, ингаляторы, и т.д., что Вы используете.												

Название лекарства	Доза (мг, единицы, вспрыскива ния	Способ примене ния (в рот, капли для глаз)	Указания	Цель Почему Вы принимаете его?

Форма Личных Лекарств продолжение

Название лекарства	Д оза (мг, единицы,	Способ примене ния	Указания	Цель Почему Вы принимаете				
	вспрыскива ния)	(в рот, капли для глаз)		его?				
TT		v						
Лекарства, законченные в течение прошлой недели: (Внесите в список любые лекарства, примененные до намеченной операции, и любые лекарства, которые Вы недавно закончили).								
Информация для Контак	га:							
Имя доктора:	Телефон доктора: ()							
Название аптеки:	Телефон аптеки: ()							
Для чрезвычайного контакта:								