

جدول تناول الأدوية

البيانات الشخصية

الاسم الشخصي والاسم العائلي للمريض: _____
تاريخ الميلاد أو رقم المريض: _____
تم ملء قائمة الأدوية من قبل: _____
☐ أنت نفسك ☐ العائلة/الممثل ☐ طبيب الأسرة ☐ الصيدلي ☐ مركز رعاية سكني ☐ التمريض المنزلي ☐ شخص آخر وهو: _____
في تاريخ: _____ / _____ / _____

مسؤولي الاتصال

المريض ☐ اسم مسؤول ☐ الاتصال (صلة القرابة، على شخص آخر وهو سبيل المثال/ الزوج، الأخت،... إلخ)
اسم طبيب الأسرة: _____
اسم الصيدلي: _____
رقم الهاتف: _____
رقم الهاتف: _____
رقم الهاتف: _____

نطلب منك أن تملأ جدول تناول الأدوية الموجود على ظهر هذه الوثيقة بالكامل قدر الإمكان أو تجعل شخصاً آخر يقوم بذلك.

من الأمثلة على الأدوية التي يمكنك تدوينها في الجدول:

- مضادات التخثر، الحبوب المنومة، المسكنات، الكورتيزون، المستحضرات الهرمونية، أدوية آلام المعدة، الأنسولين، المضادات الحيوية، الفيتامينات، المكملات الغذائية، الأعشاب الطبية، العلاجات المثلية،... إلخ
- قطرات الأذن، فطرات العين، لصقات الأدوية، البخاخات، الحقن، المراهم،... إلخ
- الأدوية التي تستخدمها مرة واحدة فقط في الأسبوع أو مرة واحدة في السنة أو عند الضرورة فقط
- الأدوية التي تم إيقافها مؤخراً (أقل من أسبوعين)

[illegible]

دَوِّنْ هُنَا أَيَّ تَحَسُّسٍ أَوْ آثَارٍ جَانِبِيَّةٍ مُرْتَبِطَةٍ بِالأَدْوِيَةِ

ملاحظات