

İLAÇ ÇİZELGESİ

▲ KİŞİSEL BİLGİLER

Hastanın Adı ve Soyadı: _____

Doğum tarihi veya adrema numarası: _____

İlaç listesini dolduran kişi:

☐ Kendiniz ☐ Hastanın Ailesi / temsilcisi ☐ Doktor ☐ Eczacı ☐ Bakım merkezi ☐ Evde bakım ☐ Diğerleri: _____

Tarih: _____ / _____ / _____

▲ İRTİBAT KURULACAK KİŞİLER

İrtibat kurulacak kişinin adı: _____

Telefon: _____

☐ Hasta ☐ Diğerleri: _____ (yakınlığı; örneğin kocası, kız kardeşi vb.) Doktorunuzun

adı: _____

Telefon: _____

Eczacınızın adı: _____

Telefon: _____

▲ LÜTFEN, BU DOKÜMANIN ARKA YÜZÜNDEKİ İLAÇ ÇİZELGESİNİ DOLDURABİLDİĞİNİZ KADAR DOLDURUN.

Şunları da göz önünde bulundurun:

- Kan sulandırıcılar, uyku hapları, ağrı kesiciler, kortizon, hormonal ilaçlar, mide şikâyetlerine yönelik ilaçlar, insülin, antibiyotikler, vitaminler, besin takviyeleri, şifalı bitkiler, homeopatik tedaviler, vb.
- Kulak damlaları, göz damlaları, ilaç bantları, solunum cihazları/spreyler, şırıngalar, merhemler, vb.
- Yalnızca haftada bir, yalnızca yılda bir veya yalnızca gerekli olduğunda kullandığınız ilaçlar
- Yakın zamanda bırakılmış ilaçlar (2 haftadan daha kısa süre önce bıraktığınız ilaçlar)

[illegible]

AÇIKLAMALAR İlaçlara karşı herhangi bir alerjiniz varsa ya da yan etkilerini görüyorsanız burada belirtiniz