

< Вставить дату письма >

< Вставить имя участника >

< Вставить адрес участника 1 >

< Вставить адрес участника 2 >

< Введите город, штат и почтовый индекс участника >

Уважаемый (-ая) < Вставить имя участника > ,

< Дополнительное место для деталей страховой программы/поставщика услуг, например, штрих-коды, номера документов, идентификаторы получателей, номера обращений или название документа >

Благодарю Вас за то, что обсудили со мной < Вставить дату CMR > свое здоровье и лекарства. В продолжение нашего разговора направляю Вам два документа:

1. **Список рекомендаций** с указанием шагов, которые Вы должны предпринять, чтобы достичь наилучших результатов от принимаемых вами лекарств.
2. Ваш **список лекарств**, который поможет вам отслеживать ваши лекарства и то, как их принимать.

Если вы хотите обсудить эти документы, пожалуйста, позвоните < Вставить название поставщика услуг МТМ /название отдела > по < Указать контактную информацию поставщика услуг МТМ/программы страхования, номер телефона, дни/время, телефон для слабослышащих и т.д. > .

Я с нетерпением жду возможности поработать с вами и вашими врачами, чтобы убедиться, что ваши лекарства вам подходят.

С уважением,

< Вставить название (имя) поставщика услуг МТМ >

< Вставить должность поставщика услуг МТМ > , <

Вставить программу страхования в соответствии с разделом D/название аптеки/название организации >

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

Y0118\_23\_597A\_RU\_C 08292023  
H2819\_23\_597A\_RU\_C 08292023

## Список рекомендаций

Подготовлено: < Вставить дату SMR >

Вы можете получить наилучший эффект от приема лекарств, выполнив пункты из этого **списка дел**.



Возьмите с собой **список дел**, когда пойдете к врачу. Покажите его своей семье или лицам, осуществляющим за вами уход.

### Мой список дел

<p><b>О чем мы говорили:</b> &lt; Вставить краткое изложение обсуждения по теме 1 &gt;</p>	<p><b>Что мне следует делать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> &lt; Вставить действие для темы 1 &gt;</li><li><input type="checkbox"/> &lt; Вставить действие для темы 1 &gt;</li></ul>
<p><b>О чем мы говорили:</b> &lt; Вставить краткое изложение обсуждения по теме 2 &gt;</p>	<p><b>Что мне следует делать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> &lt; Вставить действие для темы 2 &gt;</li><li><input type="checkbox"/> &lt; Вставить действие для темы 2 &gt;</li></ul>
<p><b>О чем мы говорили:</b> &lt; Вставить краткое изложение обсуждения по теме 3 &gt;</p>	<p><b>Что мне следует делать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> &lt; Вставить действие для темы 3 &gt;</li><li><input type="checkbox"/> &lt; Вставить действие для темы 3 &gt;</li></ul>
<p><b>О чем мы говорили:</b> &lt; Вставить краткое изложение обсуждения по теме 4 &gt;</p>	<p><b>Что мне следует делать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> &lt; Вставить действие для темы 4 &gt;</li><li><input type="checkbox"/> &lt; Вставить действие для темы 4 &gt;</li></ul>

## **Как безопасно утилизировать неиспользованные рецептурные препараты**

---

Подготовлено: < *Вставить дату CMR* >

---

Список лекарств для < Вставить имя участника >, дата рождения: < Вставить ДР участника >

## Список лекарств

Подготовлено: < Вставить дату CMR >



Возьмите с собой список лекарств, когда направляетесь к врачу, в больницу или отделение неотложной помощи. Покажите его своей семье или лицам, осуществляющим за вами уход.



Обратите внимание на любые изменения в том, как вы принимаете свои лекарства. Вычеркивайте лекарства, если Вы больше их не принимаете.

Лекарственный препарат	График приема	Причина приема	Кто выписал лекарство
< Указать непатентованное название и торговую марку, лекарственную форму и дозировку для текущих/активных лекарственных препаратов >	< Указать график приема (например, по 1 таблетке внутрь ежедневно), использование соответствующих устройств и дополнительные инструкции по мере необходимости >	< Указать показания или предполагаемое медицинское применение >	< Вставить имя назначающего врача >

Список лекарств для < *Вставить имя участника* >, дата рождения: < *Вставить ДР участника* >



Допишите новые лекарственные препараты, лекарства, отпускаемые без рецепта, лекарственные травы, витамины или минералы в пустые строки ниже.

Лекарственный препарат	График приема	Причина приема	Кто выписал лекарство

**⚠ Аллергия:**

< *Вставить информацию об аллергии* >

Список лекарств для < *Вставить имя участника* >, дата рождения: < *Вставить ДР участника* >

 **Побочные эффекты, которые у меня были:**

< *Вставить информацию о побочном эффекте* >

 **Дополнительная информация:**

< *Необязательно* >



**Мои заметки и вопросы:**