



< Вставьте дату письма >

< Вставьте имя участника >

< Вставьте адрес участника 1 >

< Вставьте адрес участника 2 >

< Введите город, штат и почтовый код участника >

Уважаемый(-ая) < Вставьте имя участника >!

Спасибо, что поговорили со мной < Вставьте дату CMR > о вашем здоровье и лекарствах. В продолжение нашей беседы я прилагаю два документа:

1. Ваш **Рекомендованный список дел** содержит шаги, которые следует предпринять для получения наилучших результатов от принимаемых вами лекарств.
2. Ваш **Список лекарств** поможет вам следить за приемом лекарств и правилами их приема.

Если вы хотите обсудить эти документы, позвоните < Вставьте название поставщика услуг МТМ/отдела > по номеру < Вставьте контактную информацию поставщика услуг МТМ/плана, номер телефона, дни/время, ТТУ и т. д. >.

Я с нетерпением жду возможности поработать с вами и вашими врачами, чтобы убедиться, что ваши лекарства эффективны для вас.

С уважением,

< Вставьте имя поставщика МТМ >

< Вставьте название поставщика МТМ >, < Вставьте название плана/аптеки/организации Части D >

Согласно Paperwork Reduction Act of 1995 (Закону о сокращении канцелярской работы 1995 года), ни одно лицо не обязано реагировать на сбор информации, если для него не указан действительный контрольный номер Office of Management and Budget (OMB, Административно-бюджетное управление). Действительный контрольный номер OMB для этого сбора информации: 0938-1154. Время, необходимое для заполнения этой информации, оценивается в среднем в 40 минут на один ответ, включая время на просмотр инструкций, поиск существующих ресурсов данных, сбор необходимых данных, а также завершение и проверку сбора информации. Если у вас есть какие-либо комментарии относительно точности оценки времени или предложения по улучшению этой формы, пишите по адресу: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

A55543MADD-RU_0125

Y0118_25_011A_RU_C 01082025

H2819_25_011A_RU_C Approved 01102025

Рекомендуемый список дел для < Вставьте имя участника >, дата рождения: < Вставьте дату рождения участника >

Рекомендованный список дел

Подготовлено: < Вставьте дату CMR >

Вы можете получить наилучшие результаты от приема лекарств, выполнив пункты этого **«Список дел»**.



Возьмите ваш **Список дел**, когда вы идете к врачу. И поделитесь им с членами своей семьи или опекунами.

Мой список дел

О чем мы говорили: < Вставьте резюме обсуждения по теме 1 >	Что мне следует сделать: <input type="checkbox"/> < Вставьте элемент действия по теме 1 > <input type="checkbox"/> < Вставьте элемент действия по теме 1 >
---	---

О чем мы говорили: < Вставьте резюме обсуждения по теме 2 >	Что мне следует сделать: <input type="checkbox"/> < Вставьте элемент действия по теме 2 > <input type="checkbox"/> < Вставьте элемент действия по теме 2 >
---	---

О чем мы говорили: < Вставьте резюме обсуждения по теме 3 >	Что мне следует сделать: <input type="checkbox"/> < Вставьте элемент действия по теме 3 > <input type="checkbox"/> < Вставьте элемент действия по теме 3 >
---	---

Рекомендуемый список дел для < Вставьте имя участника >, дата рождения: < Вставьте дату рождения участника >

<p>О чем мы говорили: < Вставьте резюме обсуждения по теме 4 ></p>	<p>Что мне следует сделать:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> < Вставьте элемент действия по теме 4 ><input type="checkbox"/> < Вставьте элемент действия по теме 4 >
---	--

Информация о безопасной утилизации неиспользованных рецептурных препаратов для
< Вставьте имя участника >, дата рождения: < Вставьте дату рождения участника >

Как безопасно утилизировать неиспользованные рецептурные лекарства

Подготовлено: < Вставьте дату CMR >

Список лекарств

Подготовлено: < Вставьте дату CMR >



Возьмите с собой список лекарств, когда пойдете к врачу, в больницу или отделение неотложной помощи. И поделитесь им с членами своей семьи или опекунами.



Обращайте внимание на любые изменения в приеме лекарств. Вычеркивайте лекарства, если вы больше их не используете.

Препарат	Как я его принимаю	Почему я его использую	Врач, выписывающий рецепт
< Введите общее наименование и торговое наименование, дозировку и лекарственную форму для текущих/активных лекарств >	< Вставьте режим приема (например, 1 таблетка внутрь в день), использование соответствующих устройств и дополнительные инструкции по мере необходимости >	< Вставьте показание или предполагаемое медицинское применение >	< Вставьте имя врача >

Список лекарств для < Вставьте имя участника >, дата рождения: < Вставьте дату рождения участника >

Препарат	Как я его принимаю	Почему я его использую	Врач, выписывающий рецепт



Добавьте новые лекарства, безрецептурные препараты, травы, витамины, или минералы в пустых строках ниже.

Препарат	Как я его принимаю	Почему я его использую	Врач, выписывающий рецепт

! Аллергии:

< Вставьте информацию об аллергии >

! Побочные эффекты, которые у меня были:

< Вставьте информацию о побочных эффектах >

! Другая информация:

< Необязательно >

Список лекарств для < Вставьте имя участника >, дата рождения: < Вставьте дату рождения участника >



Мои заметки и вопросы: