



< Điền ngày của thư >

< Điền tên của thành viên >

< Điền địa chỉ của thành viên 1 >

< Điền địa chỉ của thành viên 2 >

< Điền thành phố, tiểu bang và mã bưu chính của thành viên >

Kính gửi < Điền tên của thành viên > ,

Cảm ơn quý vị đã trao đổi với tôi vào < Điền ngày CMR > về sức khỏe và thuốc của quý vị. Để tiếp nối cuộc trò chuyện của chúng ta, tôi xin đính kèm hai tài liệu:

1. **Danh Sách Việc Cần Làm Được Đề Xuất** có các bước quý vị nên thực hiện để có được kết quả tốt nhất từ thuốc của mình.
2. **Danh Sách Thuốc** sẽ giúp quý vị theo dõi thuốc của mình và cách dùng thuốc.

Nếu quý vị muốn trao đổi về các tài liệu này, vui lòng gọi điện cho < Điền tên của nhà cung cấp MTM/khoa > theo số < Điền thông tin liên hệ cho chương trình/nhà cung cấp MTM, số điện thoại, ngày/giờ, TTY, v.v. >.

Tôi mong được làm việc với quý vị và bác sĩ của quý vị để đảm bảo thuốc có hiệu quả tốt với quý vị.

Trân trọng,

< Điền tên nhà cung cấp MTM >

< Điền chức danh của nhà cung cấp MTM > , < Điền chương trình Phần D/tên nhà thuốc/tên tổ chức >

---

Theo Paperwork Reduction Act (Đạo Luật Giảm Thiểu Thủ Tục Giấy Tờ) năm 1995, không ai phải phản hồi việc thu thập thông tin trừ khi nó hiển thị số kiểm soát của Office of Management and Budget (OMB, Văn Phòng Quản Lý Và Ngân Sách) hợp lệ. Số OMB hợp lệ cho phần thu thập thông tin này là 0938-1154. Thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này được ước tính là trung bình 40 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm cả thời gian để xem hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có bất kỳ nhận xét nào liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư tới địa chỉ: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

---

A55543MADD-VI\_0125  
Y0118\_25\_011A\_VI\_C 01082025  
H2819\_25\_011A\_VI\_C Approved 01102025

## Danh Sách Việc Cần Làm Được Đề Xuất

Được lập vào: < Điền ngày CMR >

Quý vị có thể có được kết quả tốt nhất từ thuốc của mình bằng cách hoàn thành các mục trên “**Danh Sách Việc Cần Làm**” này.



Mang theo **Danh Sách Việc Cần Làm** khi quý vị đi khám bác sĩ. Và hãy chia sẻ danh sách này với gia đình hoặc người chăm sóc của quý vị.

### Danh Sách Việc Cần Làm Của Tôi

<b>Điều chúng ta đã nói đến:</b> < Điền tóm tắt thảo luận cho chủ đề 1 >	<b>Điều tôi nên làm:</b> <input type="checkbox"/> < Điền mục hành động cho chủ đề 1 > <input type="checkbox"/> < Điền mục hành động cho chủ đề 1 >
---	--

<b>Điều chúng ta đã nói đến:</b> < Điền tóm tắt thảo luận cho chủ đề 2 >	<b>Điều tôi nên làm:</b> <input type="checkbox"/> < Điền mục hành động cho chủ đề 2 > <input type="checkbox"/> < Điền mục hành động cho chủ đề 2 >
---	--

<b>Điều chúng ta đã nói đến:</b> < Điền tóm tắt thảo luận cho chủ đề 3 >	<b>Điều tôi nên làm:</b> <input type="checkbox"/> < Điền mục hành động cho chủ đề 3 > <input type="checkbox"/> < Điền mục hành động cho chủ đề 3 >
---	--

<b>Điều chúng ta đã nói đến:</b> < Điền tóm tắt thảo luận cho chủ đề 4 >	<b>Điều tôi nên làm:</b> <input type="checkbox"/> < Điền mục hành động cho chủ đề 4 > <input type="checkbox"/> < Điền mục hành động cho chủ đề 4 >
---	--

Thông tin về cách thải bỏ an toàn các loại thuốc theo toa không sử dụng cho < Điền tên của thành viên >, Ngày sinh: < Điền ngày sinh của thành viên >

## **Cách Thải Bỏ An Toàn Thuốc Theo Toa Không Sử**

### **Dụng**

Được lập vào: < Điền ngày CMR >

## Danh Sách Thuốc

Được lập vào: < Điền ngày CMR >



Mang theo Danh Sách Thuốc khi quý vị đến khám bác sĩ, bệnh viện hoặc phòng cấp cứu. Và hãy chia sẻ danh sách này với gia đình hoặc người chăm sóc của quý vị.



Ghi lại bất kỳ thay đổi nào trong cách quý vị dùng thuốc. Gạch bỏ những loại thuốc quý vị không còn sử dụng nữa.

Thuốc	Cách tôi dùng thuốc	Lý do tôi dùng thuốc	Người kê toa
< Điền tên thuốc gốc và tên thuốc thương hiệu, nồng độ và dạng bào chế cho thuốc hiện tại/đang dùng >	< Điền chế độ điều trị (ví dụ: uống 1 viên mỗi ngày), cách sử dụng các thiết bị liên quan và hướng dẫn bổ sung nếu cần >	< Điền chỉ định hoặc mục đích sử dụng y tế dự định >	< Điền tên của người kê toa >

Danh Sách Thuốc Cho < Điền tên của thành viên >, Ngày sinh: < Điền ngày sinh của thành viên >

Thuốc	Cách tôi dùng thuốc	Lý do tôi dùng thuốc	Người kê toa



Thêm thuốc mới, thuốc không kê toa, thảo dược, vitamin, hoặc khoáng chất ở các hàng trống bên dưới.

Thuốc	Cách tôi dùng thuốc	Lý do tôi dùng thuốc	Người kê toa

**⚠ Dị ứng:**

< Điền thông tin dị ứng >

**⚠ Tác dụng phụ tôi đã gặp phải:**

< Điền thông tin tác dụng phụ >

**⚠ Thông tin khác:**

< Không bắt buộc >





**Ghi chú và câu hỏi của tôi:**