

< Մուտքագրել նամակի ամսաթիվը >

< Մուտքագրել անդամի անունը >

< Մուտքագրել անդամի հասցեն 1 >

< Մուտքագրել անդամի հասցեն 2 >

< Մուտքագրել անդամի բնակության
քաղաքը, նահանգը և փոստային կոդը
>

Հարգելի < Մուտքագրել անդամի
անունը >,

Շնորհակալություն, որ ինձ հետ խոսեցիք < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը
> ձեր առողջության և դեղերի մասին: Որպես մեր խոսակցության
շարունակություն՝ ես կցել եմ երկու փաստաթուղթ

1. Ձեզ **Առաջարկվող գործողությունների ցանկը**. այստեղ
ներկայացված են այն քայլերը, որոնք պետք է կատարեք՝ ձեզ
նշանակված դեղերից առավելագույն օգուտը քաղելու համար:
2. Ձեր **Դեղացանկը**. այստեղ նշված է, թե երբ և ինչպես պետք է
ընդունեք ձեր դեղերը:

Եթե ցանկանում եք խոսել այս փաստաթղթերի մասին, գանգահարեք
< Մուտքագրել MTM գծով բուժժառայություն մատուցողի/բաժնի
անունը > հետևյալ հեռախոսահամարով՝ < Մուտքագրել MTM գծով
բուժժառայություն մատուցողի /պլանի կոնտակտային տվյալները,
հեռախոսահամարը, աշխատանքային օրերը/ժամերը, TTY
հեռախոսակապը և այլն >:

Հուսով եմ, որ ձեր և ձեր բժիշկների հետ համագործակցության
արդյունքում մենք ճիշտ լուծում կգտնենք ձեր դեղերի
արդյունավետության համար:

Հարգանքով,

< Մուտքագրել MTM գծով բուժժառայություն մատուցողի անունը >
< Մուտքագրել MTM գծով բուժժառայություն մատուցողի պաշտոնը>,
< Մուտքագրել D բաժնի պլանի/դեղատան
անվանումը/կազմակերպության անվանումը >

Համաձայն Paperwork Reduction Act of 1995-ի (1995թ. Փաստաթղթաշրջանառության կրճատման մասին օրենքի)՝ ոչ ոք պարտավոր չէ արձագանքել տվյալների հավաքման պահանջին, եթե նշված չէ Office of Management and Budget-ի (OMB, Կառավարման և թուջեի գրասենյակի) վավեր հսկիչ համարը: Մույնով պահանջվող տվյալների հավաքման OMB-ի վավեր հսկիչ համարն է 0938-1154: Այստեղ պահանջվող ինֆորմացիան լրացնելու համար անհրաժեշտ է հատկացնել մոտավորապես 40 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, որի մեջ մտնում է հրահանգները կարդալու, առկա տվյալների ռեսուրսների որոնման, անհրաժեշտ տվյալների հավաքման, հավաքված տվյալները լրացնելու և վերանայելու համար ծախսված ժամանակը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ՝ ժամանակի գնահատման ճշգրտության վերաբերյալ, կամ առաջարկություններ՝ այս ձևի բարելավման վերաբերյալ, կարող եք գրել հետևյալ հասցեին՝ CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

A55543MADD-AM_0725
Y0118_25_039A_PHA_C 07162025
H2819_25_039A_PHA_C 07162025

Առաջարկվող գործողությունների ցանկ՝ նախատեսված < Մուտքագրել անդամի անունը >-ի համար, ծննդյան ամսաթիվը՝ < Մուտքագրել անդամի ծննդյան ամսաթիվը >

Առաջարկվող գործողությունների ցանկ

Պատրաստվել է՝ < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը >

Ձեր դեղերը կարող են ավելի արդյունավետ լինել, եթե լրացնեք «Գործողությունների ցանկի» կետերը:



Ձեզ հետ վերցրեք Գործողությունների ցանկը բժշկին այցելելիս: Տեղյակ պահեք ցանկի մասին նաև ձեր ընտանիքի անդամներին կամ խնամողներին:

Իմ Գործողությունների ցանկը

Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 1-ին թեմայի շուրջ քննարկումը >	Ի՞նչ պետք է անեմ. ☐ < Մուտքագրեք 1-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը > ☐ < Մուտքագրեք 1-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >
--	---

Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 2-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը >	Ի՞նչ պետք է անեմ. ☐ < Մուտքագրեք 2-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը > ☐ < Մուտքագրեք 2-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >
--	---

Առաջարկվող գործողությունների ցանկ՝ նախատեսված < Մուտքագրել անդամի անունը >-ի համար, ծննդյան ամսաթիվը՝ < Մուտքագրել անդամի ծննդյան ամսաթիվը >

Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 3-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը >	Ի՞նչ պետք է անեմ. ☐ < Մուտքագրեք 3-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը > ☐ < Մուտքագրեք 3-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >
--	---

Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 4-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը >	Ի՞նչ պետք է անեմ. ☐ < Մուտքագրեք 4-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը > ☐ < Մուտքագրեք 4-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >
--	---

Տեղեկատվություն՝ չօգտագործված դեղատոմսային դեղերի անվտանգ օգտահանման վերաբերյալ < Մուտքագրել անդամի անունը >-ի համար, ծննդյան ամսաթիվը՝ < Մուտքագրել անդամի ծննդյան ամսաթիվը >

Ինչպես պետք է անվտանգ օգտահանել չօգտագործված դեղատոմսային դեղերը

Պատրաստվել է՝ < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը >

Դեղացանկ

Պատրաստվել է՝ < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը >



Ձեզ հետ վերցրեք Դեղացանկը, երբ այցելում եք բժշկին, հիվանդանոց կամ շտապ օգնության բաժանմունք: Տեղյակ պահեք ցանկի մասին նաև ձեր ընտանիքի անդամներին կամ խնամողներին:



Գրի առեք ձեր դեղերի ընդունման հետ կապված ցանկացած փոփոխություն: Խաչ քաշեք այն դեղերի վրա, որոնք այլևս չեք օգտագործում:

Դեղամիջոց	Ինչպես եմ այն ընդունում	Ինչու եմ այն ընդունում	Նշանակող բժիշկ
< Մուտքագրել ընթացիկ/ակտիվ դեղամիջոցների ջեներիկ և բրենդային տարբերակով անվանումը, դոզան և դեղաձևը >	< Մուտքագրել ընդունման ռեժիմը (օրինակ՝ օրական 1 դեղահատ, բերանային ընդունում), հարակից սարքերի օգտագործումը և անհրաժեշտության դեպքում լրացուցիչ հրահանգներ >	< Մուտքագրել ցուցումները կամ նախատեսված բուժական նպատակով օգտագործումը >	< Մուտքագրել դեղը նշանակողի անունը >

Դեղացանկ՝ նախատեսված < Մուտքագրել անդամի անունը >-ի համար, ծննդյան ամսաթիվը՝ < Մուտքագրել անդամի ծննդյան ամսաթիվը >



Ստորև նշված դատարկ տողերում ավելացրեք նոր դեղամիջոցներ, առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղեր, դեղաբույսեր, վիտամիններ կամ հանքանյութեր:

Դեղամիջոց	Ինչպես եմ այն ընդունում	Ինչու եմ այն ընդունում	Նշանակող բժիշկ

! Ալերգիաներ.

< Մուտքագրել ալերգիայի վերաբերյալ տեղեկություններ >

Դեղացանկ՝ նախատեսված < Մուտքագրել անդամի անունը >-ի համար, ծննդյան ամսաթիվը՝ < Մուտքագրել անդամի ծննդյան ամսաթիվը >

 Կողմնակի ազդեցությունները, որոնք ունեցել են.

< Մուտքագրել կողմնակի ազդեցությունների մասին տեղեկություններ >

 Այլ տեղեկություններ.

< Ըստ ցանկության >



Նշումներ և հարցեր.

