

< Вставьте дату письма >

<Вставьте имя участника>

< Вставьте адрес участника 1 >

< Вставьте адрес участника 2 >

< Введите город, штат и почтовый индекс участника >

Дорогой(-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 **Рекомендуемый 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 содержит правила их приема.

Если вы хотите обсудить эти документы, позвоните по телефону < Вставьте название поставщика/отдела МТМ > в < Введите контактную информацию поставщика/плана МТМ, 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 название поставщика МТМ >

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

---

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\_0725  
Y0118\_25\_039A\_PHA\_C 07162025  
H2819\_25\_039A\_PHA\_C 07162025

## Рекомендуемый список дел

Подготовлено: < Вставьте дату CMR >

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



Возьмите с собой свой **Список дел**, когда пойдете к врачу. И поделитесь им с членами своей семьи или опекунами.

### Мой Список дел

|                                                                       |                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>О чем мы говорили:</b><br>< Вставьте резюме обсуждения по теме 1 > | <b>Что мне следует сделать:</b><br><input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 1 ><br><input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 1 > |
| <b>О чем мы говорили:</b><br>< Вставьте резюме обсуждения по теме 2 > | <b>Что мне следует сделать:</b><br><input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 2 ><br><input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 2 > |
| <b>О чем мы говорили:</b><br>< Вставьте резюме обсуждения по теме 3 > | <b>Что мне следует сделать:</b><br><input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 3 ><br><input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 3 > |

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

|                                                                              |                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>О чем мы говорили:</b><br>< <i>Вставьте резюме обсуждения по теме 4</i> > | <b>Что мне следует сделать:</b><br><input type="checkbox"/> < <i>Вставьте действие для темы 4</i> ><br><input type="checkbox"/> < <i>Вставьте действие для темы 4</i> > |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Информация о безопасной утилизации неиспользованных рецептурных лекарств  
для < *Введите 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.



Отмечайте любые изменения в приеме лекарств. Вычеркивайте лекарства, если вы больше их не принимаете.

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

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



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

| Лекарство | Как я его принимаю | Почему я его принимаю | Врач, выписавший рецепт |
|-----------|--------------------|-----------------------|-------------------------|
|           |                    |                       |                         |
|           |                    |                       |                         |
|           |                    |                       |                         |



**Аллергии:**

< Введите информацию об аллергии >

 Побочные эффекты, которые у меня были:

< Введите информацию о побочных эффектах >

 Другая информация:

< Необязательно >



Мои заметки и вопросы:



