 ZAKŁAD PIELĘGNACYJNO-REHABILITACYJNY

KOCIKOWA 42A

 **LISTA LEKÓW ZAŻYWANYCH PRZED PRZYJĘCIEM DO ZAKŁADU**

W dniu przyjęcia do zakładu pacjent powinien posiadać przy sobie wszystkie przyjmowane leki

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Pacjenta:**………………………………………………………………………………………………………  | **DATA:….../……./………….** |
| **Listę sporządził: pacjent/opiekun pacjenta/pracownik zakładu**Imię i Nazwisko ……………………………………..……………………………………..………….. |
| **[ ] Reakcje alergiczne na leki/nietolerancje lekowe** (proszę wymienić)[ ] Brak alergii na leki / nietolerancji lekowych[ ]nie wiem o istnieniu alergii na leki / nietolerancji lekowych |
| **LEKI WYDAWANE NA RECEPTĘ** |
| Lp. | **Nazwa leku** | **Dawka** | **Sposób przyjmowania** | **Uwagi** |
| **Rano** | **Południe** | **Wieczór** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| **LEKI BEZ RECEPTY I SUPLEMENTY DIETY (NP. WITAMINY,MINERAŁY,ZIOŁA)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Wypełnia personel medyczny zakładu |
| Źródło informacji o lekach: | Lista leków sprawdzona / uzupełniona przez: |
| [] przegląd leków przyniesionych przez pacjenta | Pieczątka, podpis i data |
| [] lista leków sporządzona przez pacjenta / opiekuna |  |
| []dokumentacja z innych placówek służby zdrowia |
| [] wywiad przeprowadzony z rodziną / opiekunem |