

LISTA LEKÓW ZAŻYWANYCH PRZED PRZYJĘCIEM DO SZPITALA

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

| | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| Imię i nazwisko Pacjenta: | DATA:/...../..... |
|----------------------------------|--------------------------------|

Listę sporządził pacjent opiekun pacjenta pracownik szpitala

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 Szpitala

| | |
|--|---|
| Źródło informacji o lekach: | Lista leków sprawdzona/uzupełniona przez: |
| <input type="checkbox"/> przegląd leków przyniesionych przez pacjenta | Pieczątką, podpis i data |
| <input type="checkbox"/> lista leków sporządzonych przez pacjenta / opiekuna | |
| <input type="checkbox"/> dokumentacja z innych placówek służby zdrowia | |
| <input type="checkbox"/> wywiad przeprowadzony z rodziną/opiekunem | |