

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA: PESEL PACJENTA:					DATA/...../ 20.....	
Imię i nazwisko osoby, która wypełnia poniższą listę leków oraz czytelny podpis tej osoby :						
Czy Pacjent ma UCZULENIE na jakiś lek (NIE/TAK/NIE WIEM), jeśli TAK to proszę podać nazwę tego leku:						
Czy Pacjent w ciągu ostatniego miesiąca przyjmował ANTYBIOTYK (NIE/TAK/NIE WIEM), jeśli TAK to proszę podać nazwę i dawkę (mg) tego antybiotyku :						
Lp	NAZWA LEKU	DAWKA (mg)	sposób przyjmowania leku			UWAGI
			rano	południe	wieczór	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
Czy Pacjent samodzielnie przygotowuje leki (NIE/TAK), jeśli NIE to kto przygotowuje leki:						
Czy Pacjent samodzielnie przyjmuje leki (NIE/TAK), jeśli NIE to kto nadzoruje przyjęcie leków:						
<i>Poniżej wypełnia personel medyczny szpitala</i>						
Źródło informacji o lekach przyjmowanych przez Pacjenta, w trakcie przyjęcia do szpitala					Lista leków sprawdzona/uzupełniona przez: pieczętka, podpis, data	
☐ wywiad przeprowadzony z pacjentem						
☐ wywiad przeprowadzony z opiekunem						
☐ przegląd opakowań przyniesionych leków						
☐ dokumentacja z innych placówek służby zdrowia						