

> تاریخ نامه را وارد کنید <

> فضای اضافی برای استفاده طرح/ارائه‌دهنده خدمات
اختیاری، مانند درج بارکدها، شماره‌های مرجع سند،
شناسه‌های ذینفع، شماره‌های پرونده یا عنوان سند <

> نام عضو را وارد کنید <

> آدرس 1 عضو را وارد کنید <

> آدرس 2 عضو را وارد کنید <

> شهر، ایالت و کد پستی (زیپ کد)

عضو را وارد کنید <

> نام عضو را وارد کنید < عزیز،

از اینکه در تاریخ > تاریخ CMR را درج کنید < با من درباره وضعیت سلامت و داروهای خود
صحبت کردید، سپاسگزارم. پیرو این مکاتبات، دو سند برایتان ارسال می‌کنم.

1. لیست کارهای روزمره شما حاوی اقداماتی است که لازم است برای دریافت بهترین نتایج از
مصرف داروهای خود صورت دهید.

2. لیست داروها کمک خواهد کرد داروهای خود و نحوه مصرف آنها را تحت نظر داشته
باشید.

اگر مایلید درباره این اسناد صحبت کنید، لطفاً با > نام ارائه‌دهنده خدمات MTM/دپارتمان را
وارد کنید < از طریق > اطلاعات تماس ارائه‌دهنده خدمات MTM/طرح، شماره تماس،
روزها/ساعت‌های کاری، TTY و موارد دیگر را وارد کنید < تماس بگیرید.

من مشتاقم با شما و پزشکان‌تان همکاری کنم تا بابت اثرگذاری مناسب داروها اطمینان حاصل نمایم.

با احترام،

> نام ارائه‌دهنده خدمات MTM را وارد کنید <

> عنوان ارائه‌دهنده خدمات MTM را وارد کنید، > نام طرح/داروخانه/نام

سازمان Part D را وارد کنید <

مطابق با Paperwork Reduction Act (قانون کاهش تشریفات اداری) سال 1995، هیچ شخصی ملزم نیست جهت گردآوری اطلاعات همکاری کند مگر اینکه یک شماره کنترل دفتر مدیریت و بودجه (OMB) معتبر ارائه شود. شماره کنترل دفتر مدیریت و بودجه (OMB) معتبر برای این گردآوری اطلاعات 0938-1154 است. مدت زمان مورد نیاز برای تکمیل این گردآوری اطلاعات حدود 40 دقیقه برای هر پاسخ برآورد می‌شود که شامل زمان مرور دستورالعمل‌ها، جستجوی منابع داده موجود، گردآوری داده‌های مورد نیاز و تکمیل و بازبینی گردآوری اطلاعات است. اگر درباره دقت محاسبه زمان نظری دارید یا پیشنهاداتی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً به‌صورت مکتوب با ما در میان بگذارید: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

Y0118_23_597A_FA_C 08292023
H2819_23_597A_FA_C 08292023

لیست کارهای روزمره پیشنهادی برای < نام عضو را وارد کنید >، تاریخ تولد: < تاریخ تولد >
عضو را وارد کنید <

لیست کارهای روزمره پیشنهادی

تاریخ تهیه: < تاریخ CMR را درج کنید >

با تکمیل موارد «لیست کارهای روزمره» می‌توانید بهترین نتایج را از مصرف داروهای خود کسب کنید.

هنگام مراجعه به پزشک خود، لیست کارهای روزمره را به همراه داشته باشید و آن را با اعضای خانواده یا مراقبت‌کنندگان خود نیز به اشتراک بگذارید.



لیست کارهای روزمره من

<p>موضوعی که درباره آن صحبت کردیم:</p> <p>> خلاصه موضوع مورد بحث 1 را درج کنید <</p>	<p>اقدامی که لازم است انجام دهم:</p> <p>> اقدام لازم برای موضوع 1 را درج کنید <</p> <p>> اقدام لازم برای موضوع 1 را درج کنید <</p>
<p>موضوعی که درباره آن صحبت کردیم:</p> <p>> خلاصه موضوع مورد بحث 2 را درج کنید <</p>	<p>اقدامی که لازم است انجام دهم:</p> <p>> اقدام لازم برای موضوع 2 را درج کنید <</p> <p>> اقدام لازم برای موضوع 2 را درج کنید <</p>
<p>موضوعی که درباره آن صحبت کردیم:</p> <p>> خلاصه موضوع مورد بحث 3 را درج کنید <</p>	<p>اقدامی که لازم است انجام دهم:</p> <p>> اقدام لازم برای موضوع 3 را درج کنید <</p> <p>> اقدام لازم برای موضوع 3 را درج کنید <</p>
<p>موضوعی که درباره آن صحبت کردیم:</p> <p>> خلاصه موضوع مورد بحث 4 را درج کنید <</p>	<p>اقدامی که لازم است انجام دهم:</p> <p>> اقدام لازم برای موضوع 4 را درج کنید <</p> <p>> اقدام لازم برای موضوع 4 را درج کنید <</p>

اطلاعات درباره دفع ایمن داروهای نسخه‌های استفاده‌نشده برای <نام عضو را وارد کنید >،
تاریخ تولد: < تاریخ تولد عضو را وارد کنید >

نحوه دفع ایمن داروهای نسخه‌ای استفاده‌نشده

تاریخ تهیه: < تاریخ *CMR* را وارد کنید >

لیست داروها

تاریخ تهیه: > تاریخ CMR را وارد کنید <

هنگام مراجعه به پزشک، بیمارستان یا بخش اورژانس، لیست داروهای خود را به همراه بیاورید و آن را با اعضای خانواده یا مراقبت‌کنندگان خود نیز به اشتراک بگذارید.



هر نوع تغییر در نحوه مصرف داروهای خود را یادداشت کنید. وقتی مصرف داروها به پایان می‌رسد، نام داروها را خط بزنید.



دارو	نحوه مصرف	دلیل استفاده	تجویز کننده
> نام ژنریک و نام برند، غلظت و شکل دوز مصرف برای داروهای فعلی/فعال <	> شیوه مصرف، (برای مثال، روزی 1 قرص خوراکی)، استفاده از دستگاه‌های مربوطه و دستورالعمل‌های تکمیلی به‌نحو مقتضی <	> موارد استفاده یا کاربرد موردنظر دارو را درج کنید <	> نام تجویزکننده را وارد کنید <

لیست داروهای < نام عضو را وارد کنید >، تاریخ تولد: < تاریخ تولد عضو را وارد کنید >


داروهای جدید، داروهای بدون نیاز به نسخه، داروهای گیاهی، ویتامین‌ها یا مواد معدنی را در ردیف‌های خالی زیر اضافه کنید.




دارو	نحوه مصرف	دلیل استفاده	تجویز کننده

! آلرژی‌ها:

< اطلاعات آلرژی را وارد کنید >

عوارض جانبی که تجربه کردم: 

> اطلاعات عوارض جانبی را وارد کنید <

سایر اطلاعات 

> اختیاری <

یادداشت‌ها و سوالات من:

