

< Մուտքագրել նամակի ամսաթիվը >

< Մուտքագրել անդամի անունը >

< Մուտքագրել անդամի հասցեն 1 >

< Մուտքագրել անդամի հասցեն 2 >

< Մուտքագրել անդամի բնակության քաղաքը, նահանգը և փոստային կոդը >

< Լրացուցիչ տեղ՝ նախատեսված պլանի/բուժօգնությունն մատուցողի կողմից ըստ ցանկության օգտագործման համար: Այստեղ կարող են մուտքագրվել շտրիխ կոդերը, փաստաթղթերի հղման համարները, շահառուների նույնացուցիչները, գործի համարները կամ փաստաթղթի անվանումը >

Չարգելի < Մուտքագրել անդամի անունը > ,

Շնորհակալություն, որ ինձ հետ խոսեցիք < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը > ձեր առողջության և դեղերի մասին: Որպես մեր խոսակցության շարունակություն՝ ես կցել եմ երկու փաստաթուղթ՝

1. Ձեզ **Առաջարկվող գործողությունների ցանկը**. այստեղ ներկայացված են այն քայլերը, որոնք պետք է կատարեք՝ ձեզ նշանակված դեղերից առավելագույն օգուտը քաղելու համար:
2. Ձեր **Դեղացանկը**. այստեղ նշված է, թե երբ և ինչպես պետք է ընդունեք ձեր դեղերը:

Եթե ցանկանում եք խոսել այս փաստաթղթերի մասին, զանգահարեք < Մուտքագրել MTM գծով բուժօգնությունն մատուցողի/բաժնի անունը > հետևյալ հեռախոսահամարով՝ < Մուտքագրել MTM գծով բուժօգնությունն մատուցողի /պլանի կոնտակտային տվյալները, հեռախոսահամարը, աշխատանքային օրերը/ժամերը, TTY հեռախոսակապը և այլն >:

Չուսով եմ, որ ձեր և ձեր բժիշկների հետ համագործակցության արդյունքում մենք ճիշտ լուծում կգտնենք ձեր դեղերի արդյունավետության համար:

Չարգանքով,

< Մուտքագրել MTM գծով բուժօգնությունն մատուցողի անունը >

< Մուտքագրել MTM գծով բուժժառայություն մատուցողի պաշտոնը>,
< Մուտքագրել D բաժնի պլանի/դեդատան
անվանումը/կազմակերպության անվանումը >

Համաձայն Paperwork Reduction Act of 1995-ի (1995թ. Փաստաթղթաշրջանառության կրճատման մասին օրենքի)՝ ոչ ոք պարտավոր չէ արձագանքել տվյալների հավաքման պահանջին, եթե նշված չէ Office of Management and Budget-ի (OMB, Կառավարման և բյուջեի գրասենյակի) վավեր հսկիչ համարը: Սույնով պահանջվող տվյալների հավաքման OMB-ի վավեր հսկիչ համարն է 0938-1154: Այստեղ պահանջվող ինֆորմացիան լրացնելու համար անհրաժեշտ է հատկացնել մոտավորապես 40 րոպե յուրաքանչյուր պատասխանի համար, որի մեջ մտնում է հրահանգները կարդալու, առկա տվյալների ռեսուրսների որոնման, անհրաժեշտ տվյալների հավաքման, հավաքված տվյալները լրացնելու և վերանայելու համար ծախսված ժամանակը: Եթե ունեք մեկնաբանություններ՝ ժամանակի գնահատման ճշգրտության վերաբերյալ, կամ առաջարկություններ՝ այս ձևի բարելավման վերաբերյալ, կարող եք գրել հետևյալ հասցեին՝ CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

Y0118_24_677A_AM_C 09262024

H2819_24_677A_AM_C Approved 09262024

A55543MAD-AM_0125/A55543DSN-AM_0125

Առաջարկվող գործողությունների ցանկ

Պատրաստվել է՝ < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը >

Ձեր դեղերը կարող են ավելի արդյունավետ լինել, եթե լրացնեք
«**Գործողությունների ցանկի**» կետերը:



Ձեզ հետ վերցրեք **Գործողությունների ցանկը** բժշկին այցելելիս:
Տեղյակ պահեք ցանկի մասին նաև ձեր ընտանիքի անդամներին
կամ խնամողներին:

Իմ Գործողությունների ցանկը

<p>Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 1-ին թեմայի շուրջ քննարկումը ></p>	<p>Ի՞նչ պետք է անեմ.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 1-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը ><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 1-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 2-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը ></p>	<p>Ի՞նչ պետք է անեմ.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 2-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը ><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 2-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Առաջարկվող գործողությունների ցանկ՝ նախատեսված < Մուտքագրել անդամի անունը >-ի համար, ծննդյան ամսաթիվը՝ < Մուտքագրել անդամի ծննդյան ամսաթիվը >

<p>Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 3-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը ></p>	<p>Ի՞նչ պետք է անեմ.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 3-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը ><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 3-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Ինչի՞ մասին ենք խոսել. < Ամփոփ ներկայացրեք 4-րդ թեմայի շուրջ քննարկումը ></p>	<p>Ի՞նչ պետք է անեմ.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 4-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը ><input type="checkbox"/> < Մուտքագրեք 4-ին թեմայի հետ կապված գործողությունը >
---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Տեղեկատվություն՝ չօգտագործված դեղատոմսային դեղերի անվտանգ օգտահանման վերաբերյալ < Մոլտրագրել անդամի անունը >-ի համար, ծննդյան ամսաթիվը՝ < Մոլտրագրել անդամի ծննդյան ամսաթիվը >

Ինչպես պետք է անվտանգ օգտահանել չօգտագործված դեղատոմսային դեղերը

Պատրաստվել է՝ < Մոլտրագրել CMR ամսաթիվը >

Դեղացանկ

Պատրաստվել է՝ < Մուտքագրել CMR ամսաթիվը >



Ձեզ հետ վերցրեք Դեղացանկը, երբ այցելում եք բժշկին, հիվանդանոց կամ շտապ օգնության բաժանմունք: Տեղյակ պահեք ցանկի մասին նաև ձեր ընտանիքի անդամներին կամ խնամողներին:



Գրի առեք ձեր դեղերի ընդունման հետ կապված ցանկացած փոփոխություն: Խաչ քաշեք այն դեղերի վրա, որոնք այլևս չեք օգտագործում:

Դեղամիջոց	Ինչպես եմ այն ընդունում	Ինչու եմ այն ընդունում	Նշանակող բժիշկ
< Մուտքագրել ընթացիկ/ակտիվ դեղամիջոցների ջեներիկ և բրենդային տարբերակով անվանումը, դոզան և դեղաձևը >	< Մուտքագրել ընդունման ռեժիմը (օրինակ՝ օրական 1 դեղահատ, բերանային ընդունում), հարակից սարքերի օգտագործումը և անհրաժեշտության դեպքում լրացուցիչ հրահանգներ >	< Մուտքագրել ցուցումները կամ նախատեսված բուժական նպատակով օգտագործումը >	< Մուտքագրել դեղը նշանակողի անունը >

Դեղացանկ՝ նախատեսված < Մուտքագրել անդամի անունը >-ի համար, ծննդյան ամսաթիվը՝ < Մուտքագրել անդամի ծննդյան ամսաթիվը >



Ստորև նշված դատարկ տողերում ավելացրեք Նոր դեղամիջոցներ, առանց դեղատոմսի բաց թողնվող դեղեր, դեղաբույսեր, վիտամիններ կամ հանքանյութեր:

Դեղամիջոց	Ինչպես եմ այն ընդունում	Ինչու եմ այն ընդունում	Նշանակող բժիշկ

⚠ Ալերգիաներ.

< Մուտքագրել ալերգիայի վերաբերյալ տեղեկություններ >

 **Կողմնակի ազդեցությունները, որոնք ունեցել եմ.**

< Մուտքագրել կողմնակի ազդեցությունների մասին տեղեկություններ >

 **Այլ տեղեկություններ.**

< Ըստ ցանկության >



Նշումներ և հարցեր.

