

Lista leków zażywanych przed przyjęciem do szpitala

Imię i nazwisko Pacjenta:				DATA:/...../.....		
PESEL:		Listę sporządził <input type="checkbox"/> pacjent <input type="checkbox"/> opiekun pacjenta <input type="checkbox"/> pracownik szpitala				
<input type="checkbox"/> Reakcje alergiczne na leki /nietolerancje lekowe (proszę wymienić):						
<input type="checkbox"/> Brak alergii na leki/ nietolerancji lekowych <input type="checkbox"/> 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						

Wypełnia personel medyczny Szpitala	
Źródło informacji o lekach:	Lista leków sprawdzona/uzupełniona przez:
<input type="checkbox"/> przegląd leków przyniesionych przez pacjenta	Pieczętka, 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	

Czy pacjent uczestniczy w zorganizowanych zajęciach dla osób starszych? (Uniwersytet Trzeciego Wieku, zajęcia sportowe, twórczość artystyczna, wolontariat, grupy religijne itp.)

jeśli tak, to jakich?.....

W jaki sposób pacjent najczęściej spędza czas w domu?

.....

.....
Podpis pacjenta lub opiekuna