New York Eye and Ear Infirmary of Mount Sinai

СПИСОК МОИХ ЛЕКАРСТВ

Центр лечения глазных и ушных болезней г. Нью-Йорка

***ВОЗЬМИТЕ С СОБОЙ ЭТУ ФОРМУ В ДЕНЬ:** **СДАЧИ АНАЛИЗОВ В NYEEI** ❑
ДЕНЬ ПРИЕМА ❑

***Пожалуйста, принесите с собой свои лекарства в оригинальных упаковках.**
Данные о принимаемых вами лекарствах важны для безопасного и эффективного лечения.

ИМЯ ПАЦИЕНТА _____

ДАТА ПРИЕМА _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ_____

Есть ли у вас аллергия на лекарства? ❑НЕТ ❑ДА Если да, укажите препараты-аллергены

_____

Перечислите все лекарства, которые вы в настоящее время принимаете. В том числе: глазные капли, ингаляторы, контрацептивы, пластыри с содержанием медицинских препаратов, лекарства, отпускаемые без рецепта, диетические и растительные пищевые добавки.

Название лекарства/лекарств	Дозировка: (миллиграммы, единицы, капли и пр.)	Сколько раз в день вы принимаете это лекарство

_____
ФИО врача/врачей печатными буквами Тел.:

_____
Название аптек(и) печатными буквами Тел.:

_____
Имя челове Тел.:ка, который помог вам заполнить эту форму. Кем он вам приходится? Тел.: