##

##

## **Lista leków zażywanych przed przyjęciem do szpitala**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Pacjenta:** | **DATA: ….……/……..…/……….……….** |
| **PESEL:** | **Listę sporządził [ ] pacjent [ ] opiekun pacjenta [ ] pracownik szpitala** |
| **[ ] Reakcje alergiczne na leki /nietolerancje lekowe** (proszę wymienić):**[ ] Brak alergii na leki/ nietolerancji lekowych [ ] 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: |
| [ ] przegląd leków przyniesionych przez pacjenta | Pieczątka, podpis i data |
| [ ] lista leków sporządzonych przez pacjenta / opiekuna |  |
| [ ] dokumentacja z innych placówek służby zdrowia |
| [ ] wywiad przeprowadzony z rodziną/opiekunem  |

……………………………………………

 *Podpis sporządzającego*