< Вставьте дату письма >

<Вставьте имя участника>
< Вставьте адрес участника 1 >
< Вставьте адрес участника 2 >
< Введите город, штат и почтовый индекс участника >

< Additional space for optional plan/provider use, such as barcodes, document reference numbers, beneficiary identifiers, case numbers or title of document >

Дорогой(-ая) <*Вставьте имя участника*>!

Спасибо, что поговорили со мной < *Вставьте дату CMR* > о вашем здоровье и лекарствах. В продолжение нашей беседы я прилагаю два документа:

1. Ваш **Рекомендуемый список дел** содержит шаги, которые следует предпринять для получения наилучших результатов от принимаемых вами лекарств.

2. Ваш **Список лекарств** поможет вам следить за приемом лекарств и содержит правила их приема.

Если вы хотите обсудить эти документы, позвоните по телефону < *Вставьте название поставщика/отдела MTM* > в < *Введите контактную информацию поставщика/плана MTM, номер телефона, дни/время, TTY и т. д.* >.

Я с нетерпением жду возможности поработать с вами и вашими врачами, чтобы убедиться, что ваши лекарства эффективны для вас.

С уважением,

< Вставьте название поставщика MTM >

Согласно Paperwork Reduction Act of 1995 (Закону о сокращении канцелярской работы 1995 года), ни одно лицо не обязано реагировать на сбор информации, если для него не указан действительный контрольный номер Office of Management and Budget (OMB, Административно-бюджетное управление). Действительный контрольный номер OMB для этого сбора информации: 0938-1154. Время, необходимое для заполнения этой информации, оценивается в среднем в 40 минут на один ответ, включая время на просмотр инструкций, поиск существующих ресурсов данных, сбор необходимых данных, а также завершение и проверку сбора информации. Если у вас есть какие-либо комментарии относительно точности оценки времени или предложения по улучшению этой формы, пишите по адресу: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

A55543MADD-RU_0926
Y0118_26_362A_PHA_C 09182026
H2819_26_362A_PHA_C 09182026

Рекомендуемый список дел

Подготовлено: < *Вставьте дату CMR* >

Вы можете получить наилучшие результаты от приема лекарств, выполнив пункты этого **«Списка дел».**



Возьмите с собой свой **Список дел**, когда пойдете к врачу. И поделитесь им с членами своей семьи или опекунами.

Мой Список дел

О чем мы говорили:	**Что мне следует сделать:**
< Вставьте резюме обсуждения по теме 1 >	❑ *< Вставьте действие для темы 1 >* ❑ *< Вставьте действие для темы 1 >*

О чем мы говорили:	**Что мне следует сделать:**
< Вставьте резюме обсуждения по теме 2 >	❑ *< Вставьте действие для темы 2 >* ❑ *< Вставьте действие для темы 2 >*

О чем мы говорили:	**Что мне следует сделать:**
< Вставьте резюме обсуждения по теме 3 >	❑ *< Вставьте действие для темы 3 >* ❑ *< Вставьте действие для темы 3 >*

О чем мы говорили:	**Что мне следует сделать:**
< Вставьте резюме обсуждения по теме 4 >	❑ *< Вставьте действие для темы 4 >* ❑ *< Вставьте действие для темы 4 >*

Как безопасно утилизировать неиспользованные рецептурные лекарства

Подготовлено: < *Вставьте дату CMR* >

Список лекарств

Подготовлено: < *Вставьте дату CMR* >



Возьмите с собой список лекарств, когда пойдете к врачу, в больницу или отделение неотложной помощи. И поделитесь им с членами своей семьи или опекунами.



Отмечайте любые изменения в приеме лекарств.
Вычеркивайте лекарства, если вы больше их не принимаете.

Лекарство	**Как я его принимаю**	**Почему я его принимаю**	**Врач, выписавший рецепт**
< Введите общее наименование и торговое наименование, дозировку и лекарственную форму для текущих/активных лекарств >	*< Введите схему приема (например, 1 таблетка внутрь в день), использование соответствующих устройств и дополнительные инструкции по мере необходимости >*	*< Введите показание или предполагаемое медицинское применение >*	*< Введите имя врача, выписавшего рецепт >*



Добавьте новые лекарства, безрецептурные лекарства, травы, витамины или минералы в пустых строках ниже.

Лекарство	**Как я его принимаю**	**Почему я его принимаю**	**Врач, выписавший рецепт**

Аллергии:

< *Введите информацию об аллергии* >

Побочные эффекты, которые у меня были:

< *Введите информацию о побочных эффектах* >

Другая информация:

< *Необязательно* >

Мои заметки и вопросы: