< Chèn ngày >

< Chèn tên thành viên >
< Chèn địa chỉ thành viên 1 >
< Chèn địa chỉ thành viên 2 >
< Chèn thành phố, tiểu bang và mã zip của thành viên >

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

Kính gửi < *Chèn tên thành viên* >,

Cảm ơn quý vị đã trao đổi với tôi về tình trạng sức khỏe và thuốc men của quý vị vào < *Chèn ngày CMR* >. Để tiếp nối cuộc trò chuyện của chúng ta, tôi đã đính kèm hai tài liệu:

1. Danh Sách **Việc Cần Làm Được Đề Xuất** của quý vị có các bước quý vị nên thực hiện để có được kết quả tốt nhất từ thuốc của mình.

2. **Danh Sách Thuốc** của quý vị sẽ giúp quý vị theo dõi thuốc của mình và cách dùng thuốc.

Nếu quý vị muốn trao đổi về những tài liệu này, vui lòng gọi < *Chèn tên nhà cung cấp/phòng ban MTM* > theo số < *Nhập thông tin liên lạc của nhà cung cấp/chương trình MTM, số điện thoại, ngày/giờ, TTY, v.v.* >.

Tôi mong muốn được làm việc với quý vị và bác sĩ của quý vị để đảm bảo thuốc có hiệu quả tốt với quý vị.

Trân trọng,

< Chèn tên nhà cung cấp MTM >
< Chèn chức danh nhà cung cấp MTM>, *< Chèn tên chương trình Phần D/tên nhà thuốc/tên tổ chức >*

Theo Paperwork Reduction Act (PRA, Đạo luật Giảm thiểu Thủ tục Giấy tờ) năm 1995, không có người nào được yêu cầu phản hồi việc thu thập thông tin trừ khi nó hiển thị số kiểm soát Office of Management and Budget (OMB, Văn phòng Quản lý và Ngân sách) hợp lệ. Số kiểm soát OMB hợp lệ cho phần thu thập thông tin này là 0938-1154. Thời gian cần thiết để hoàn thành việc thu thập thông tin này được ước tính là trung bình 40 phút cho mỗi phản hồi, bao gồm cả thời gian để xem lại hướng dẫn, tìm kiếm tài nguyên dữ liệu hiện có, thu thập dữ liệu cần thiết, hoàn thành và xem xét việc thu thập thông tin. Nếu quý vị có nhận xét liên quan đến tính chính xác của (các) ước tính thời gian hoặc đề xuất để cải thiện biểu mẫu này, vui lòng gửi thư tới địa chỉ: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

A55543MADD-VI_0926
Y0118_26_362A_PHA_C 09182026
H2819_26_362A_PHA_C 09182026

Danh Sách Việc Cần Làm Được Đề Xuất

Lập ngày: < *Chèn ngày CMR* >

Quý vị có thể có được kết quả tốt nhất từ thuốc của mình bằng cách hoàn thành các mục trên **"Danh Sách Việc Cần Làm"** này.



Hãy mang theo **Danh Sách Việc Cần Làm** của quý vị khi quý vị đi gặp bác sĩ. Đồng thời, hãy chia sẻ danh sách đó với gia đình hoặc người chăm sóc quý vị.

Danh Sách Việc Cần Làm Của Tôi

Những gì chúng tôi đã trao đổi:	**Tôi nên làm gì:**
< Chèn tóm tắt thảo luận cho chủ đề 1 >	❑ *< Chèn mục hành động cho chủ đề 1 >* ❑ *< Chèn mục hành động cho chủ đề 1 >*

Những gì chúng tôi đã trao đổi:	**Tôi nên làm gì:**
< Chèn tóm tắt thảo luận cho chủ đề 2 >	❑ *< Chèn mục hành động cho chủ đề 2 >* ❑ *< Chèn mục hành động cho chủ đề 2 >*

Những gì chúng tôi đã trao đổi:	**Tôi nên làm gì:**
< Chèn tóm tắt thảo luận cho chủ đề 3 >	❑ *< Chèn mục hành động cho chủ đề 3 >* ❑ *< Chèn mục hành động cho chủ đề 3 >*

Những gì chúng tôi đã trao đổi:	**Tôi nên làm gì:**
< Chèn tóm tắt thảo luận cho chủ đề 4 >	❑ *< Chèn mục hành động cho chủ đề 4 >* ❑ *< Chèn mục hành động cho chủ đề 4 >*

Cách Thải Bỏ Thuốc Theo Toa Chưa Sử Dụng Một Cách An Toàn

Lập ngày: < *Chèn ngày CMR* >

Danh Sách Thuốc

Lập ngày: < *Chèn ngày CMR* >



Hãy mang theo Danh Sách Thuốc của quý vị khi quý vị đến gặp bác sĩ, bệnh viện hoặc phòng cấp cứu. Đồng thời, hãy chia sẻ danh sách đó với gia đình hoặc người chăm sóc quý vị.



Ghi lại bất kỳ thay đổi nào trong cách quý vị dùng thuốc.
Gạch bỏ những loại thuốc quý vị không còn sử dụng nữa.

Thuốc	**Cách tôi dùng thuốc**	**Lý do tôi dùng thuốc**	**Người kê toa**
< Chèn tên thuốc gốc và biệt dược, hàm lượng và dạng bào chế cho các thuốc hiện dùng/đang sử dụng >	*< Chèn phác đồ điều trị (ví dụ: uống 1 viên mỗi ngày), sử dụng các thiết bị liên quan và hướng dẫn bổ sung khi cần thiết >*	*< Chèn chỉ định hoặc mục đích sử dụng y khoa >*	*< Nhập tên người kê toa >*



Thêm các loại thuốc mới, thuốc không kê đơn, thảo dược, vitamin, hoặc khoáng chất ở các hàng trống bên dưới.

Thuốc	Cách tôi dùng thuốc	Lý do tôi dùng thu	Người kê toa

Dị ứng:

< *Chèn thông tin dị ứng* >

Tác dụng phụ tôi đã gặp phải:

< *Chèn thông tin tác dụng phụ* >

Thông tin khác:

< *Không bắt buộc* >

Ghi chú và câu hỏi của tôi: