

ZAPOTRZEBOWANIE NA RECEPTY

Imię i nazwisko

PESEL tel.

Adres zamieszkania

Wywiad dotyczący stanu zdrowia – wypełnienie OBOWIĄZKOWE

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem „X” opisać lub wpisać wartość w szarym polu

Jak Pan (Pani) czuje się od ostatniej wizyty ?

bardzo dobrze	dobrze	dość dobrze	źle	bardzo źle
---------------	--------	-------------	-----	------------

Jak zmienił się stan Pana (Pani) zdrowia od ostatniej wizyty?

poprawił się	nie zmienił się	pogorszył się
--------------	-----------------	---------------

Czy ma (Pani) jakieś dolegliwości lub niepokojące objawy ?	tak	nie
--	------------	------------

Jeśli tak – proszę je opisać:

Czy występują bóle w klatce piersiowej ?	tak	nie
--	------------	------------

Czy występuje duszność w spoczynku lub niewielkim wysiłku?	tak	nie
--	------------	------------

Czy występują obrzęki na kończynach dolnych ?	tak	nie
---	------------	------------

Czy od wykonania badań laboratoryjnych upłynął > niż 1 rok ?	tak	nie
--	------------	------------

Jakie jest ciśnienie tętnicze w spoczynku ?	/	Nie wiem
---	---	----------

Jaki jest średni puls (tętno) w spoczynku ?	/min.	Nie wiem
---	-------	----------

W przypadku potrzeby przekazania dodatkowych informacji związanych z receptą lub stanem zdrowia można je wpisać w tym miejscu:

Dotyczy wyłącznie pacjentów chorych na cukrzycę

Jaki jest poziom cukru na czczo ?	mg%
-----------------------------------	-----

Jaki jest poziom cukru 2 godziny po posiłkach?	Nie mierzę	mg%
--	------------	-----

Czy występują objawy niedocukrzenia?	tak	nie
--------------------------------------	------------	------------

Insulinoterapia – jeżeli tak – wpisać dawkowanie	tak	nie
---	------------	------------

Insulina krótkodziałająca (stosowana 2 lub 3 razy dziennie) – **dawkowanie:**

Przed śniadaniem		Przed obiadem		Przed kolacją	
------------------	--	---------------	--	---------------	--

Insulina długodziałająca (stosowana raz dziennie)	dawkowanie:	
--	-------------	--

Data:

czytelny podpis pacjenta zgłaszającego zapotrzebowanie na recepty

PROSZĘ ODWRÓCIĆ !

ZGŁASZAM ZAPOTRZEBOWANIE NA LEKI:

UWAGA! Przed wypełnieniem zapotrzebowania proszę **zapoznać się**

z pouczeniem oraz z przykładem wypełnienia zapotrzebowania – patrz niżej.

[illegible]

Recepty odbiorę osobiście * Recepty odbierze upoważniona przeze mnie osoba *

*** niepotrzebne skreślić**

Data

Czytelny podpis

Przykład:

Nazwa i postać leku (dużymi literami)	Dawka	Dzienne zużycie**	Na ile miesięcy***	Ilość recept****
POLPRIL – tabletki	10 mg	1 tabl	4	2
One Touch Select Plus	Paski	2 paski	100	1

**** ilość tabletek, ilość jednostek insuliny przyjmowanych jednego dnia lub ilość pasków do glukometru używanych w ciągu jednego dnia**

*** wpisać na ile miesięcy leczenia ma wystarczyć przepisany lek

**** na ilu receptach ma być wypisana potrzebna ilość leku (pasków).

Zostanie wypisanych 112 tabletek leku Polpril 10 mg na 2 receptach i różnym terminie realizacji (56 tabl. na jednej recepcie i 56 na drugiej) oraz 2 opakowania pasków na jednej recepcie do realizacji od dnia wystawienia recepty.