

< Вставьте дату письма >

<Вставьте имя участника>

< Вставьте адрес участника 1 >

< Вставьте адрес участника 2 >

< Введите город, штат и почтовый индекс участника >

< Дополнительное место для необязательных данных плана/поставщика, например, штрих-кодов, номеров ссылок на документы, идентификаторов

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 МТМ > в < Введите контактную информацию поставщика/плана МТМ, номер телефона, дни/время, ТТУ 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 МТМ >

< Вставьте название поставщика МТМ > , < Вставьте название плана Части D/аптеки/организации >

---

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

---

Y0118\_24\_677A\_RU\_C 09262024

H2819\_24\_677A\_RU\_C Approved 09262024

A55543MAD-RU\_0125/A55543DSN-RU\_0125

Рекомендуемый список дел для < Введите имя участника >, дата рождения:  
< Вставьте дату рождения участника >

## 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

<b>О чем мы говорили:</b> < Вставьте резюме обсуждения по теме 1 >	<b>Что мне следует сделать:</b> <input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 1 > <input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 1 >
---	---

<b>О чем мы говорили:</b> < Вставьте резюме обсуждения по теме 2 >	<b>Что мне следует сделать:</b> <input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 2 > <input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 2 >
---	---

<b>О чем мы говорили:</b> < Вставьте резюме обсуждения по теме 3 >	<b>Что мне следует сделать:</b> <input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 3 > <input type="checkbox"/> < Вставьте действие для темы 3 >
---	---

Рекомендуемый список дел для < *Вставьте имя участника* >, дата рождения: < *Вставьте дату рождения участника* >

<p><b>О чем мы говорили:</b> &lt; <i>Вставьте резюме обсуждения по теме 4</i> &gt;</p>	<p><b>Что мне следует сделать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> &lt; <i>Вставьте действие для темы 4</i> &gt;</li><li><input type="checkbox"/> &lt; <i>Вставьте действие для темы 4</i> &gt;</li></ul>
--	--

Информация о безопасной утилизации неиспользованных рецептурных лекарств  
для < *Введите имя участника* >, дата рождения: < *Вставьте дату рождения  
участника* >

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

Список лекарств для <Вставьте имя участника >, дата рождения: < Вставьте дату рождения участника >



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 >

Список лекарств для *<Вставьте имя участника >*, дата рождения: *< Вставьте дату рождения участника >*

 **Побочные эффекты, которые у меня были:**

*< Введите информацию о побочных эффектах >*

 **Другая информация:**

*< Необязательно >*



**Мои заметки и вопросы:**



