

> أدخل تاريخ الخطاب <

> مساحة إضافية للاستخدام الاختياري للخطة/مقدم
الخدمات، مثل الرموز الشريطية، أو الأرقام المرجعية
للمستندات، أو معرفات المستفيدين، أو أرقام الحالات، أو
عناوين المستندات <

> أدخل اسم العضو <

> أدخل عنوان العضو 1 <

> أدخل عنوان العضو 2 <

> أدخل مدينة العضو، وولايته، ورمزه
البريدي <

مرحبًا > أدخل اسم العضو <،

شكرًا للتحدث إليّ في > أدخل تاريخ المراجعة الشاملة للأدوية (CMR) <، بشأن صحتك والأدوية.
ومتابعة لمحادثتنا، لقد قمت بتضمين مستندين:

1. تشتمل قائمة المهام الموصى بها على الخطوات التي ينبغي عليك اتخاذها للحصول على أفضل
النتائج من الأدوية الخاصة بك.

2. وستساعدك قائمة الأدوية في تتبع الأدوية الخاصة بك وكيفية تناولها.

إذا كنت تريد التحدث بشأن هذه المستندات، يرجى الاتصال بـ > أدخل اسم إدارة/مقدم خدمات برنامج إدارة العلاج
الدوائي MTM < على > أدخل معلومات جهة الاتصال الخاصة بخطة/مقدم خدمات برنامج إدارة العلاج
الدوائي MTM، رقم الهاتف، الأيام/الأوقات، وضع الهاتف النصي (TTY)، وما إلى ذلك <.

إنني أتطلع للتعاون معك ومع أطباءك للتأكد من أن أدويةك تعمل بشكل جيد بالنسبة لك.

مع فائق الاحترام والتقدير،

> أدخل اسم مقدم خدمات برنامج إدارة العلاج الدوائي MTM <
> أدخل منصب مقدم خدمات برنامج إدارة العلاج الدوائي MTM <، > أدخل
خطة الجزء D/اسم الصيدلية/اسم المنظمة <

ووفقاً لقانون Paperwork Reduction Act (تخفيض الأعمال الورقية) لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة إلى جمع المعلومات إلا إذا كانت تعرض رقم حكم صالحاً لمكتب الإدارة والميزانية (OMB). الرقم الصالح لمكتب الإدارة والميزانية (OMB) لجمع هذه المعلومات هذه هو 0938-1154. يُقدر الوقت المطلوب لإكمال جمع المعلومات هذه في المتوسط بـ 40 دقيقة لكل استجابة، ويتضمن ذلك وقت مراجعة التعليمات، والبحث في موارد البيانات الموجودة، وجمع البيانات اللازمة، وإكمال عملية جمع المعلومات ومراجعتها. إذا كانت لديك أي تعليقات بخصوص دقة تقدير (تقديرات) الوقت أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فيرجى الكتابة إلى: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland 21244-1850

The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de

género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。

Y0118_23_597A_AR_C 08292023
H2819_23_597A_AR_C 08292023

قائمة المهام الموصى بها

تاريخ الإعداد: < أدخل تاريخ المراجعة الشاملة للأدوية CMR >

يمكنك الحصول على أفضل النتائج من أدويتك عن طريق إكمال العناصر الواردة في "قائمة المهام" هذه.

أحضر قائمة المهام خاصتك عند الذهاب إلى طبيبك. وشاركها مع عائلتك ومقدمي رعايتك.



قائمة المهام الخاصة بي

ما الذي ينبغي عليّ القيام به:	ما الذي تحدثنا بشأنه:
<input type="checkbox"/> < أدخل عنصر الإجراء للموضوع 1 >	<input type="checkbox"/> < أدخل ملخص نقاش عن الموضوع 1 >
<input type="checkbox"/> < أدخل عنصر الإجراء للموضوع 1 >	

ما الذي ينبغي عليّ القيام به:	ما الذي تحدثنا بشأنه:
<input type="checkbox"/> < أدخل عنصر الإجراء للموضوع 2 >	<input type="checkbox"/> < أدخل ملخص نقاش عن الموضوع 2 >
<input type="checkbox"/> < أدخل عنصر الإجراء للموضوع 2 >	

ما الذي ينبغي عليّ القيام به:	ما الذي تحدثنا بشأنه:
<input type="checkbox"/> < أدخل عنصر الإجراء للموضوع 3 >	<input type="checkbox"/> < أدخل ملخص نقاش عن الموضوع 3 >
<input type="checkbox"/> < أدخل عنصر الإجراء للموضوع 3 >	

ما الذي ينبغي عليّ القيام به:	ما الذي تحدثنا بشأنه:
<input type="checkbox"/> < أدخل عنصر الإجراء للموضوع 4 >	<input type="checkbox"/> < أدخل ملخص نقاش عن الموضوع 4 >
<input type="checkbox"/> < أدخل عنصر الإجراء للموضوع 4 >	

معلومات عن التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة غير المستخدمة من أجل < أدخل اسم العضو > ،
تاريخ الميلاد: < أدخل تاريخ ميلاد العضو >

كيفية التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة غير المستخدمة

تاريخ الإعداد: < أدخل تاريخ المراجعة الشاملة للأدوية CMR >

قائمة الأدوية

تاريخ الإعداد: > أدخل تاريخ المراجعة الشاملة للأدوية CMR <

أحضر "قائمة الأدوية" الخاصة بك عند الذهاب إلى الطبيب، أو المستشفى، أو غرفة الطوارئ. وشاركها مع عائلتك ومقدمي رعايتك.



لاحظ أي تغييرات في كيفية تناول أدويةك. اشطب الأدوية التي لم تعد تتناولها.



الدواء	كيفية تناوله	سبب تناوله	الطبيب
> أدخل الاسم العام واسم العلامة التجارية، والتركيز، وشكل الجرعة للأدوية الحالية/النشطة <	> أدخل النظام، (على سبيل المثال، قرص واحد عن طريق الفم يوميًا)، واستخدام الأجهزة ذات الصلة، والتعليمات التكميلية حسب الاقتضاء <	> أدخل الدلالة أو الاستخدام الطبي المقصود <	> أدخل اسم الطبيب <

قائمة المهام من أجل < أدخل اسم العضو >، تاريخ الميلاد: < أدخل تاريخ ميلاد العضو >

أضف الأدوية الجديدة، أو العقاقير دون وصفة طبية، أو الأعشاب، أو الفيتامينات، أو المعادن في الصفوف الفارغة أدناه.



الدواء	كيفية تناوله	سبب تناوله	الطبيب

الحساسية: 

< أدخل معلومات الحساسية >

قائمة المهام من أجل < أدخل اسم العضو >، تاريخ الميلاد: < أدخل تاريخ ميلاد العضو >

⚠ الأثار الجانبية التي تعرضت لها:

< أدخل معلومات الأثار الجانبية >

⚠ معلومات أخرى:

< اختياري >

ملاحظاتي وأسئلتي:

