

טופס לסקירת תרופות עצמית (Review Therapy Medication)

שם הלקוח _____ גיל _____ תאריך _____

הרשימה צריכה לכלול תרופות מרשם, תרופות ללא מרשם, צמחי מרפא ותוספי מזון.

מספר

שם התרופה

מנה

מטרת התרופה

איך נלקחת?

מתי הותחלה?

מי הרופא הרושם?

הוראות מיוחדות?

נכתב ע"י סימה לבני
שלישי, 03 יולי 2012 05:08 - עדכון אחרון שבת, 03 נובמבר 2012 18:13

נכתב ע"י סימה לבני
שלישי, 03 יולי 2012 05:08 - עדכון אחרון שבת, 03 נובמבר 2012 18:13

נכתב ע"י סימה לבני
שלישי, 03 יולי 2012 05:08 - עדכון אחרון שבת, 03 נובמבר 2012 18:13

נכתב ע"י סימה לבני
שלישי, 03 יולי 2012 05:08 - עדכון אחרון שבת, 03 נובמבר 2012 18:13

נכתב ע"י סימה לבני
שלישי, 03 יולי 2012 05:08 - עדכון אחרון שבת, 03 נובמבר 2012 18:13

ומה אחרי שממלאים את הטופס?

אפשר לפנות אלינו, לייעוץ ב [מרכז לייעוץ תרופתי אישי](#), ואפשר להמשיך וללמוד מהטיפים החינמים שאנו מעמידים לרשותכם. אם עוד לא נרשמת לקבלת הטיפים:

**להרשמה לקבלת סדרת טיפים לניהול הטיפול התרופתי שלך,
מלאו הפרטים והקליקו למטה:
// דואר אלקטרוני *
שם *
טלפון נייד**

תורגם ע"י סימה לבני ושופר על פי דרישותיה של הרוקחת הקלינית של המרכז, על פי דוגמא מהטפסים המאומצים ע"י ארגון הרוקחים היועצים ב ארה"ב. ASCP , קורס MTM 2009 כל הזכויות שמורות.