

Farmacinės rūpybos paslaugos dėl
tęstinio receptinių vaistinių
preparatų išdavimo (pardavimo)
teikimo specialiųjų reikalavimų
tvarkos aprašo
1 priedas

**(Farmacinės rūpybos paslaugos dėl tęstinio receptinių vaistinių preparatų išdavimo
(pardavimo) klausimyno forma)**

**FARMACINĖS RŪPYBOS PASLAUGOS DĖL TĘSTINIO RECEPTINIŲ VAISTINIŲ
PREPARATŲ IŠDAVIMO (PARDAVIMO) KLAUSIMYNAS**

(pildymo data)

1.	Paciento vardas pavardė Paciento atstovo vardas pavardė	
2.	Lytis Vyras ☐ Moteris ☐	
3.	Amžius	
4.	Telefono numeris	
5.	Moterims klausimas: Ar esate nėščia ir / ar maitinate krūtimi? Ar planuojate pastoti? Jei <i>taip</i> , ar pranešėte apie savo būklę vaistus paskyrusiam gydytojui?	Taip ☐ Ne ☐ Taip ☐ Ne ☐
6.	Ar lankėtės pas kitus sveikatos priežiūros specialistus (gydytoją, slaugytoją) po paskutinio vizito pas šeimos gydytoją?	Taip ☐ Ne ☐
7.	Ar po pastarojo Jums išrašyto vaisto paskyrimo savarankiškai pradėjote / nustojote vartoti kitus vaistus (nereceptinius, receptinius) ir (ar) maisto papildus?	Taip ☐ Ne ☐
8.	Ar vartojant paskirtą (-us) tęstinį (-ius) vaistą patiriate kokių nors sunkumų?	Taip ☐ Ne ☐
9.	Ar vartojant vaistus atsirado nepageidaujamų reakcijų, apie kurias gydytojas nėra informuotas?	Taip ☐ Ne ☐
10.	Įvertinkite savo sveikatos būklę nuo paskutinio vaisto paskyrimo	pagerėjo ☐ nepasikeitė ☐ pablogėjo ☐
11.	Ar savarankiškai sekate savo sveikatos rodiklius, jeigu tokie yra (pvz.: glikemijos rodiklius ar (ir) kraujo spaudimą (AKS)?	Taip ☐ Ne ☐

Jeigu galite, užpildykite, kokius vaistus šiuo metu vartojate, vartojimo instrukciją, laiką*

Vaistas:	Dėl ko vartojate / gydytojas paskyrė šiuos vaistus:	Vaisto vartojimo instrukcija (pvz.: 1 tab., 1 kaps., 1 įpurškimas)	Ryte 	Per pietus 	Vakare 	Prieš miegą 

*Taip pat galima užpildyti kartu su vaistininku.

(Paciento (ar paciento atstovo) vardas, pavardė, parašas)
