



DO WYPEŁNIENIA PRZEZ PACJENTA

FORMULARZ LEKÓW, ALERGII I PRZEBITYCH OPERACJI

1. Lista aktualnie przyjmowanych leków, suplementów:

Nazwa leku (handlowa lub międzynarodowa)	Dawka (mg/ml)	Częstotliwość (ile razy dziennie) / Kiedy odstawione	Wskazanie do przyjmowania (jaka choroba)

2. Uczulenia (alergie) – leki, substancje, pokarmy na które jest Pan/Pani uczulony/a:

Substancja, lek	Objawy uczulenia, co wystąpiło

3. Przebyte operacje:

Operacja, rok	Rodzaj znieczulenia