



# У мене рак

## ■ Алергії

---

---

---

## ■ Інші медичні стани

---

---

## ■ Примітки

---

---



СПОЧАТКУ СКЛАДІТЬ ТУТ

---

---

---

## ■ Поточні методи лікування

---

---

---

---

---

---

НАЗВА/ДОЗУВАННЯ/ЧАСТОТА

(в тому числі безрецептурні препарати)

## ■ Поточні лікарські препарати

ПОТІМ СКЛАДІТЬ ТУТ

## ■ Персональна інформація

ІМ'Я \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_

АДРЕСА \_\_\_\_\_

## ■ Основні показники життєдіяльності

ВІК: \_\_\_\_\_ СТАТЬ: \_\_\_\_\_ ТИП КРОВІ: \_\_\_\_\_

ЗРІСТ: \_\_\_\_\_ ВАГА: \_\_\_\_\_

## ■ Контактна особа для зв'язку під час надзвичайної ситуації

ІМ'Я \_\_\_\_\_ ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_



ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_ В.МІ

## ФАРМАЦЕВТ/АПТЕКА

ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_ В.МІ

## ЛІКАРНЯ

ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_ В.МІ

## СІМЕЙНИЙ ЛІКАР

ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_ В.МІ

## ОНКОЛОГ

## ■ Контактні дані лікаря