



# У меня рак

## ■ Аллергии

---

---

---

## ■ Другие медицинские состояния

---

---

## ■ Примечания

---

---



СНАЧАЛА СЛОЖИТЕ ЗДЕСЬ

---

---

---

## ■ Текущие методы лечения

---

---

---

---

---

---

НАЗВАНИЕ/ДОЗИРОВКА/ЧАСТОТА

(включая безрецептурные препараты)

## ■ Текущие лекарственные препараты

## ■ Персональная информация

ИМЯ \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_

## ■ Основные показатели жизнедеятельности

ВОЗРАСТ: \_\_\_\_\_ ПОЛ: \_\_\_\_\_ ГРУППА КРОВИ: \_\_\_\_\_

РОСТ: \_\_\_\_\_ МАССА ТЕЛА: \_\_\_\_\_

## ■ Контактное лицо для связи в чрезвычайных ситуациях

ИМЯ \_\_\_\_\_ ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_



ИМЯ \_\_\_\_\_ ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_

## ФАРМАЦЕВТ/АПТЕКА

ИМЯ \_\_\_\_\_ ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_

## БОЛЬНИЦА

ИМЯ \_\_\_\_\_ ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_

## СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ

ИМЯ \_\_\_\_\_ ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_

## ОНКОЛОГ

## ■ Контакты врача

ЗАТЕМ СЛОЖИТЕ ЗДЕСЬ