

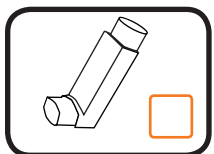
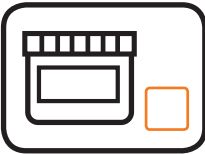

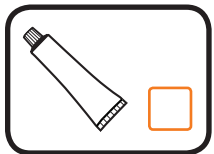


زما دارو

دغه د کتنې لست د ستاسو مور ۱ پلار ۱ پاملرونکي يا ډاکټر، نرس يا درملپوه سره ډک کړئ چې تاسو ته د خپل دارو په اړه نوره بڼه پوه تر لاسه کولو کښې او چې څنگه به يې په خوندي توگه سره وکاروئ مرسته در کړي.

زما نوم: _____ دی





زما دغه دارو دي: _____ (وضع ۱ ناروغي)

<p>پيچکاری</p>  <input type="checkbox"/>	<p>گولی</p>  <input type="checkbox"/>	<p>د سا سره</p>  <input type="checkbox"/>	<p>زه دې ځای تکلیف يا ناروغي محسوس کوم... هغه ځای باندې نخښه وکړئ چېرته چې ناروغي محسوس کوئ...</p>
<p>ملم</p>  <input type="checkbox"/>	<p>اوبن (مايع)</p>  <input type="checkbox"/>	<p>د کريم تيوب</p>  <input type="checkbox"/>	

دا دارو دا ډول کار کوي: _____

زه خپل دارو: _____ وخته خورم په هفته کښې په ورځ کښې کله چې ما ته ضرورت شي

زه خپل دارو دا وخت خورم:

			
---	---	---	--

زه خپل دارو تر هغه وخت پورې خورم تر څو چې: (بڼه) _____ يا چې زما دارو کښې بدلون راشي

زه خپل دارو دلته کښې خوندي ساتم:

<input type="checkbox"/> مور پلار ۱ پاملرونکي	<input type="checkbox"/> معلم صاحب	<input type="checkbox"/> د ښوونځي بسته	<input type="checkbox"/> فريج	<input type="checkbox"/> الماری
				

نور څه چې ما ته ياد ساتل پکار دي: _____

که تاسو د خپل دارو په اړه څه هم پوښتنې لرئ نو تاسو د خپل ډاکټر، نرس، درملپوه يا ستاسو مور ۱ پلار ۱ پاملرونکي څخه تپوس کولی شئ.