

Meddelande till ditt apotek

Råd om egenvård från din vårdgivare

Ta med denna blankett till ditt apotek. Där kan apotekspersonal hjälpa dig att hitta rätt vara/läkemedel och svara på dina frågor.

Namn: _____ Datum: _____

Allergi, näsa	antihistamin	tablett	<input type="checkbox"/> oral lösning
		<input type="checkbox"/> nässpray	<input type="checkbox"/> ögondroppar
	kortison	<input type="checkbox"/> nässpray	
	natriumkromoglikat	<input type="checkbox"/> nässpray	<input type="checkbox"/> ögondroppar
Gynekologi	<input type="checkbox"/> Ellaone	<input type="checkbox"/> Ovesterin	<input type="checkbox"/> Vagifem
	<input type="checkbox"/> svampmedel	<input type="checkbox"/> tranexamsyra	
Hud, ansikte	<input type="checkbox"/> salicylsyra	<input type="checkbox"/> Basiron	<input type="checkbox"/> metronidazol
Hud, kropp	<input type="checkbox"/> duscholja	<input type="checkbox"/> hydrokortison	<input type="checkbox"/> mjukgörande
	<input type="checkbox"/> hårlusmedel	<input type="checkbox"/> svampmedel	<input type="checkbox"/> Tenutex
	<input type="checkbox"/> Hirudoid	<input type="checkbox"/> hudtejp/strip	<input type="checkbox"/> olja/kräm för ärr
	<input type="checkbox"/> förband (specificera under "Övrigt/anvisning")		

Fortsättning på nästa sida ►

Mage, tarm	<input type="checkbox"/> antacida	<input type="checkbox"/> omeprazol	<input type="checkbox"/> maskmedel
	<input type="checkbox"/> loperamid	<input type="checkbox"/> Klyx	<input type="checkbox"/> mikrolavemang
	<input type="checkbox"/> laktulos	<input type="checkbox"/> makrogol	<input type="checkbox"/> hemorrojdsalva

Migrän	<input type="checkbox"/> Aspirin, Bamyd	<input type="checkbox"/> ibuprofen	<input type="checkbox"/> naproxen
	<input type="checkbox"/> sumatriptan		

Smärta, feber	<input type="checkbox"/> paracetamol	<input type="checkbox"/> ibuprofen	<input type="checkbox"/> naproxen
----------------------	--------------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Stödstrumpor	skostorlek _____	omkrets: vad _____ cm,	ankel _____ cm
---------------------	------------------	---------------------------	----------------

Ögon, öron	<input type="checkbox"/> ögondroppar	<input type="checkbox"/> ögongel	<input type="checkbox"/> ögonsalva
	<input type="checkbox"/> örondroppar, olja	<input type="checkbox"/> öronspray, olja	<input type="checkbox"/> Revaxör

Övrigt/anvisning (ange dos, ev. styrka och behandlingstid):