

My Medication List

मेरा औषधिहरूको सूची

Name

नाम

Date of Birth

जन्ममिति

Phone #

फोन नम्बर #

Primary Care Doctor

प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्ने डाक्टर

Name/Phone # (नाम/फोन नम्बर #)

Emergency Contact

आपात्कालको लागि फोन नम्बर

Name/Relationship (नाम/नाता)

Phone # (फोन नम्बर #)

Medical Conditions (स्वास्थ्यको स्थिति)

Allergies to Medications

औषधिहरूबाट हुने एलर्जीहरू

Medication Name औषधिको नाम	Reaction प्रतिक्रिया
Example: Penicillin/ उदाहरण: Penicillin	Rash/लुतो पिलो

Pharmacy/Drugstore (फार्मसी/औषधि पसलहरू)

Name नाम	City/State सहर/राज्य	Phone # फोन नम्बर #
Example: Walgreens उदाहरण: वालगिन्स	Manchester NH म्यानचेस्टर NH	(603) 123-4567

How to use this medication list: (औषधिको यस सूचीलाई कसरी प्रयोग गर्ने:)

- Use this list to keep track of your prescription drugs, over-the-counter (OTC) drugs, inhalers, eye drops, cream, vitamins, herbal supplements (आँफूले लिइराख्नुभएका प्रिसक्रिप्सन औषधिहरू, काउंटरबाट किनिएका औषधिहरू, इन्हेलरहरू, आँखामा हाल्ने खोपाहरू, क्रिम, भिटामिनहरू, हर्बल सप्लिमेन्टहरूबारे जानकारी अपडेट राख्नको लागि यस सूचीको प्रयोग गर्नुहोस्)
- Update your medication list as changes occur (कुनै परिवर्तन हुनेबित्तिकै त्यसबारे जानकारी उपचार सूचीमा हालीदिनुहोस्)
- Take this list with you to ALL doctor, hospital, and pharmacy visits (जोसुकै डाक्टर, हस्पिटल र फार्मसीमा जँचाउन गएपनि यस सूचीलाई आफूसँग लिएर जानुहोस्)
- Make copies for your family members (आफ्नो परिवारका सदस्यहरूको जानकारीका लागि सूचीका कपीहरू बनाएर राख्नुहोस्)
- Keep this on you at ALL times (यस सूचीलाई सधैं आफूसँग राखी रहनुहोस्)

Questions to ask about a new prescription: (नया प्रिसक्रिप्सन हुँदा सोधनुपर्ने प्रश्नहरू:)

- How much do I take, how often, and for how long? (मैले औषधि कतिवटा, कति पटक र कति दिन अथवा बेलासम्म लिइराख्नुपर्ने हुन्छ?)
- Should I take this medicine with food? (के मैले यो औषधि खानासँगै खानुपर्छ?)
- Is it safe to drive after taking this medicine? (यो औषधि खाएपछि ड्राइभिङ गर्न मलाई गाह्रो हुनेछ कि?)
- What should I do if I forget to take it? (औषधि खान बिर्सदेखि मैले के गर्नुपर्छ?)
- How should I store the medication? (यस औषधिलाई मैले कसरी राख्नुपर्छ?)

Prescription Drug Label Example

MCPHS Pharmacy 1260 Elm Street Manchester, NH 03101 (800)-888-8168	
RX# 123456 Jane Smith 123 Main Street. USA	Date: 7/1/2013 Dr. M. Jackson
TAKE ONE TABLET BY MOUTH THREE TIMES DAILY FOR DIABETES	
Metformin 500 mg Tablet Qty: 90 Refills: 0 until 7/10/2013	NDC: 00123-4567-89 Discard after: 8/10/2013

Over-the-Counter (OTC) Drug Label Example

Drug Facts	
Active ingredient (in each 5 mL) Dextromethorphan polistirex equivalent to 30 mg dextromethorphan hydrobromide	Purpose Cough suppressant
Uses <ul style="list-style-type: none"> Temporarily relieves <ul style="list-style-type: none"> cough due to minor throat and bronchial irritation as may occur with the common cold or inhaled irritants the impulse to cough to help you get sleep 	
Directions <ul style="list-style-type: none"> shake bottle well before use measure only with dosing cup provided do not use dosing cup with other products dose as follows or as directed by a doctor mL=milliliter 	
Adults and children 12 years and over	10 mL every 12 hours, not to exceed 20mL in 24 hours
Children 6 to under 12 years of age	5 mL every 12 hours, not to exceed 10 mL in 24 hours
Children 4 to under 6 years of age	2.5 mL every 12 hours, not to exceed 5 mL in 24 hours
Children under 4 years of age	Do not use

My medication List

मेरा औषधिहरूको सूची

(Include ALL prescription drugs, over-the-counter drugs, vitamins, and herbal supplements)

(प्रिसक्रिप्सन गरिएका, पसलमा गएर किन्ने गर्नुभएका, खाइराख्नुभएका भिटामिन र हर्बल सप्लिमेन्टहरू सहित सम्पूर्ण औषधिहरूलाई यस सूचीमा शामिल गर्नुहोला)

What I am taking मैले कुन औषधि खाँदैछु	Strength मात्रा	How Many & How Often कतिवटा र कति पटक	Reason for Use उपयोग गर्ने कारण	When started खान कहिलेदेखि शुरू गर्नुभयो	Notes or special directions टिप्पणी अथवा विशेष निर्देशनहरू
Metformin	500 mg 500 मिलीग्राम	1 tablet 3 times/day 1 गोली एक दिनमा 3 पटक	Diabetes मधुमेह	7/1/2013	<p><i>examples using labels above</i></p> <p><i>माथिका नामहरूको उपयोग साथका उदाहरणहरू</i></p>
Dextromethorphan	30 mg/5mL 30 मिलीग्राम/5 मिलीलीटर	10 mL every 12 hours प्रति 12 घन्टाभित्र 10 मिलीलीटर जति	Cough Suppressant खोकी रोक्ने		