



HUNTERDON COUNTY DIVISION OF HEALTH
EMERGENCY MEDICATION DISTRIBUTION
JEM METHOD FORM
Doxy Preferred Medication Form
POLISH



okrąg tak (Y) lub nie (N) na pytania 1-6 o sobie i wszystkich członków rodziny mieszkających razem z tobą

Question	SELF	Family Member #1	Family Member #2	Family Member #3	Family Member #4	Family Member #5
1. Alergia na Doxycylinę / Tetracylinę?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
2. Czy bierzesz Coumadin (rozcieńczalnik krwi), tegretol o fenobarbital(siezers)?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
3. Czy jesteś w ciąży, karmiąc piersią lub masz osiem lat lub mniej?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
4. Alergia na cyprofloksacynę?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
5. Zdiagnozowano chorobę nerek lub chorobę nerek?	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
6. Przyjmować gliburid (cukrzycę) lub teofilinę (astmę)	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N	Y N
Nie pisz poniżej tej linii						
Doxycycline Candidate? Q1-3 is all N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Ciprofloxacin Candidate? Q4-6 is all N	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Medication Given	D C	D C	D C	D C	D C	D C

NOTE if unable to receive either Doxy or Cipro refer them to their Primary MD

Total Doxy Distributed _____

Total Cipro Distributed _____

Total Regimen Distributed _____