

Changes in Sensitivity to Medication or Other Substances

Variazioni nella sensibilità alla terapia farmacologica o altre sostanze

Ci sono stati cambiamenti nella sua sensibilità alla terapia farmacologica o ad altre sostanze? *

- Sì
- No

Quali sono i farmaci o le sostanze in questione? Se più di uno, per favore li separi con una virgola.

Se è un farmaco, per cosa le è stato somministrato?

Descriva i cambiamenti che ha notato: