

For each question indicate who is the source for this information.  
Use the Source Code Table placed on the right.

**N. MEDICATIONS RECORD**

Infant's last name

First name

Source of information  
 BP  GP  AP  Ph  HR  O →

**1** In the 72 hours prior to the infant's death, was the infant given any medications (please include any home remedies, prescription medicines, over-the-counter medications)

<sup>000</sup> Yes <sup>000</sup> No → STOP

Source of information  
 BP  GP  AP  Ph  HR  O →

**2** Please list all of the medications the infant was given in the 72 hours prior to his or her death (please include any home remedies, prescription medicines, over-the-counter medicines):

**Source Code Table**

- BP ..... Biological Mother/Father
- GP ..... Grandmother/Father
- AP ..... Adoptive or Foster Parents
- Ph ..... Physician
- HR ..... Health records
- O ..... Other (specify)

Name of medication	Dose last given	Date last given			Approx. time Military Time	Comments
		Month	Day	Year		
Medication 1.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 2.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 3.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 4.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 5.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 6.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 7.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 8.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 9.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 10.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 11.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 12.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 13.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	
Medication 14.....	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/> : <input type="text"/>	<sup>000</sup> <input type="text"/>	

Section completed on / /  at :  by

Where/How