








Imię i nazwisko Adres zamieszkania

Numer PESEL Data i miejsce urodzenia

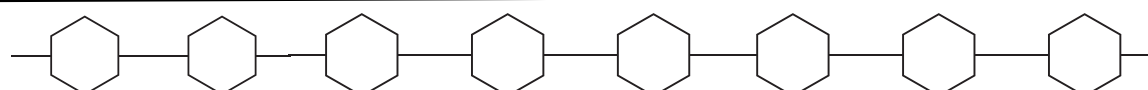
Jak się czujesz?/Ty czuć jak?

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
|  <input type="checkbox"/> Kaszel |  <input type="checkbox"/> Głowa ból |  <input type="checkbox"/> Gorączka |  <input type="checkbox"/> Katar |  <input type="checkbox"/> Uraz |
|  <input type="checkbox"/> Dreszcze/zimno |  <input type="checkbox"/> Poty |  <input type="checkbox"/> Zawroty głowy |  <input type="checkbox"/> Gardło ból |  <input type="checkbox"/> Zmęczenie |
|  <input type="checkbox"/> Biegunka |  <input type="checkbox"/> Duszności |  <input type="checkbox"/> Wymioty |  <input type="checkbox"/> Omdlenie | Inne - opisz objawy |

POMIGAM - Aleksandra Pyrek

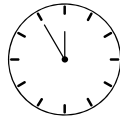
1

Kiedy zacząłeś/aś się źle czuć?/Ty czuć źle start kiedy?


 Dzisiaj Poniedziałek Wtorek Środa Czwartek Piątek Sobota Niedziela

Jak mocno czujesz ból?/Ty ból czujesz mocno jak?

Od kiedy?/
 Data start kiedy?

Od której godziny?/
 Godzina która?



 Ból nie ma Lekko Średnio Mocno Bardzo mocno

Jak często występuje ból?/Ból często jak?



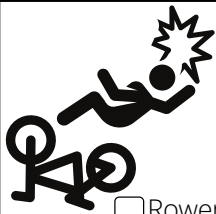








- Pierwszy raz
 Codziennie Raz dziennie Kilka razy dziennie Cały dzień
 Raz w miesiącu Kilka razy w miesiącu

Miałeś/aś wypadek?/

Ty wypadek było?

Tak Nie

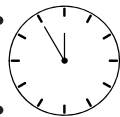
Co się stało?/Co się stać było?

| | | | |
|---|--|--|---|
|  <input type="checkbox"/> Samochód wypadek |  <input type="checkbox"/> Potrącenie |  <input type="checkbox"/> Rower wypadek |  <input type="checkbox"/> Upadek wysoko |
|  <input type="checkbox"/> Przygniecenie |  <input type="checkbox"/> Schody wypadek |  <input type="checkbox"/> Upadek nisko |  <input type="checkbox"/> Pożar |
|  Ty złamać było co? <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Złamanie |  <input type="checkbox"/> Prąd kopnąć |  <input type="checkbox"/> Duszność | Inne - opisz <input type="text"/> |

Kiedy miałeś/aś wypadek?/Ty wypadek start kiedy?

Dzisiaj Poniedziałek Wtorek Środa Czwartek Piątek Sobota Niedziela

Od kiedy?/
Data start kiedy?



Od której godziny?/
Godzina która?

Jak mocno czujesz ból?/
Ty ból czujesz mocno jak?



Ból nie ma

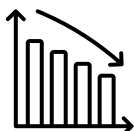
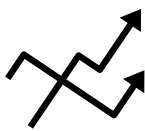
Lekko

Średnio

Mocno

Bardzo mocno

Jaki jest Twój ból?/Ból jaki?



ból rośnie

ból zmienny

ból maleje

ból stały

Czujesz ból?/
Ty ból czujesz?

Tak Nie

Gdzie czujesz ból?/Ty ból czujesz gdzie?

Przód

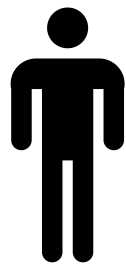
Lewa Prawa



| | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ramię | <input type="checkbox"/> Dłoń | <input type="checkbox"/> Plecy góra | <input type="checkbox"/> Plecy dół | <input type="checkbox"/> Głowa | <input type="checkbox"/> Klatka piersiowa |
| <input type="checkbox"/> Bark | <input type="checkbox"/> Gardło | <input type="checkbox"/> Serce | <input type="checkbox"/> Brzuch | <input type="checkbox"/> Noga | <input type="checkbox"/> Kolano |

Tył

Lewa Prawa



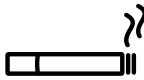






Chorujesz przewlekle?/
Ty choroby stałe masz?

Tak Nie

Jakie masz choroby?/Ty choroby jakie?

| | | | | | |
|--|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depresja | <input type="checkbox"/> Zawał było <input type="checkbox"/> Serce problem | <input type="checkbox"/> Choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> POChP/Astma | <input type="checkbox"/> Ciśnienie wysokie <input type="checkbox"/> Ciśnienie niskie | Ile? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Uczulenie | <input type="checkbox"/> Nowotwór | <input type="checkbox"/> Udar było | <input type="checkbox"/> Padaczka | <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Zwierzęta |
| <input type="checkbox"/> Reumatyzm | <input type="checkbox"/> Cukrzyca | <input type="checkbox"/> Tarczycza problem | Inne -wpisz | <input type="checkbox"/> Jedzenie | <input type="checkbox"/> Leki |
| | | | | jakie? <input type="text"/> | |

Dodatkowe informacje

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ja palić papierosy  Ty palić start kiedy? <input type="text"/> Ty palić codziennie ile? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ja alkohol pić było  Kiedy? <input type="text"/> Jaki? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ja narkotyki zażywać było  Kiedy? <input type="text"/> Jakie? <input type="text"/> Często jak? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ja leki zażywam  Nazwa leki? <input type="text"/> Leki często jak? <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ja lekarz specjalista chodzę  Specjalista jaki? <input type="text"/> Wizyta często jak? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ja ciąża  Tydzień który? <input type="text"/> Ciąża która? <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Ja operacja było  Kiedy? <input type="text"/> Powód jaki? <input type="text"/> | Inne-wpisz <input type="text"/> |



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





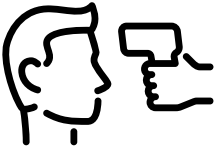


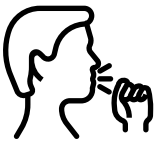
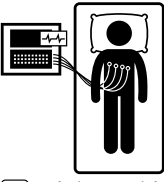


Rozumiem wszystko

Nie rozumiem

Tłumacz języka migowego potrzeba

Badanie

| | | | |
|---|---|---|-------------|
|  <input type="checkbox"/> Ty rozbić proszę |  <input type="checkbox"/> Ty oddychać głęboko |  <input type="checkbox"/> Usta otwórz | Inne -wpisz |
|  <input type="checkbox"/> Ciśnienie mierzyć |  <input type="checkbox"/> Ja temperatura zmierzyć Tobie |  <input type="checkbox"/> Cukier mierzyć | |
|  <input type="checkbox"/> Ja EKG robić będę |  <input type="checkbox"/> Ty kaszleć proszę |  <input type="checkbox"/> Łóżko położyć | |

Zalecenia

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
|  <input type="checkbox"/> Badanie tomograf |  <input type="checkbox"/> Badanie RTG <input type="text"/> Część ciała |  <input type="checkbox"/> Badanie USG <input type="text"/> Część ciała |  <input type="checkbox"/> Gastroskopia |  <input type="checkbox"/> Kolonoskopia |
|  <input type="checkbox"/> Papierosy stop |  <input type="checkbox"/> Alkohol stop |  <input type="checkbox"/> Ty cukier mierz, kartka zapisz |  <input type="checkbox"/> Ty ciśnienie mierz, kartka zapisz |  <input type="checkbox"/> Ty badanie krwi zrobić |
|  <input type="checkbox"/> Badanie moczu <input type="checkbox"/> Badanie kału |  <input type="checkbox"/> Ty dom zostać <input type="text"/> dni |  <input type="checkbox"/> Kontrola za <input type="text"/> dni |  <input type="checkbox"/> Lekarstwo <input type="text"/> dni zażywać |  <input type="checkbox"/> Zwolnienie lekarskie <input type="text"/> dni |



Skierowanie lekarz:

Inne zalecenia

- Alergolog
- Dermatolog
- Diabetolog
- Endokrynolog
- Gastrolog
- Chirurg
- Kardiolog
- Neurolog
- Okulista
- Ortopeda
- Otolaryngolog

Inny - Jaki?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....