

COMPLETE CARD USING BLOCK LETTERS (TO BE COMPLETED BY PATIENT OR GUARDIAN)

No. of medical point / tent:.....
 Event:.....
 Date:.....

ANGIELSKI

NAME (IMIĘ):..... SURNAME (NAZWISKO):.....
 COUNTRY (KRAJ):..... DATE OF BIRTH (DATA UR.):..... SEX: F M

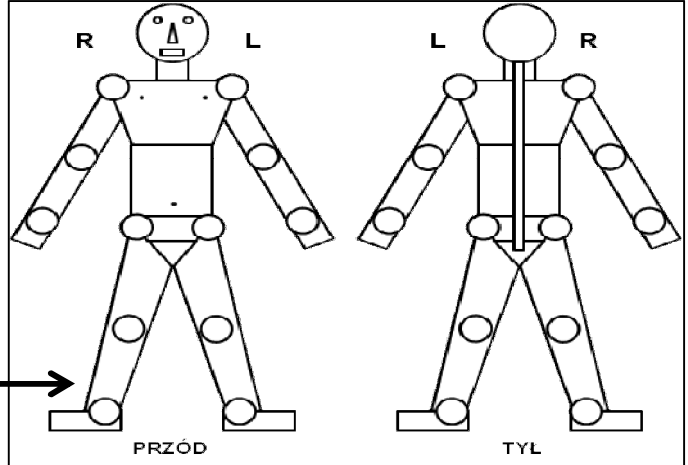
What are your symptoms? (Podaj dolegliwości)

- Fainting/Swooning (Zasłabnięcie/Omdlenie)
- Vomiting (Wymioty)
- Nausea (Nudności)
- Dizziness (Zawroty głowy)
- Diarrhea (Biegunka)
- Shortness of breath/Difficulty breathing (Duszność...)
- Heart palpitations (Kołatanie serca)
- Chest pain (Ból w klatce piersiowej)
- Injury (Uraz)

Are you experiencing pain? (Czy odczuwasz ból?)

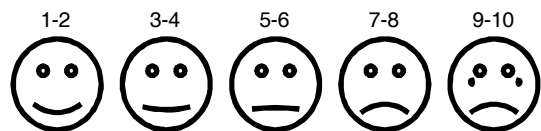
- No pain (Brak bólu)
- Burning (Piekący)
- Crushing (Gniotący)
- Stinging (Kłujący)
- Stabbing (Przeszywający)
- Cramps (recurrent) (Skurczowy (nawracający))
- Ongoing/constant (Ciągły)

Indicate where it hurts on the figure.



How much does it hurt? (Jak bardzo Cię Boli?)

(rate on a 1-10 scale or mark on the picture)



Allergies (Alergie/Uczulenia)

- Analgesics/painkillers *aspirin, ibuprofen, ketoprofen, metamizol, paracetamol, morphine, others* (Przeciwbólowe)
- Antibiotics (Antybiotyki)
- Other medications (specify) (Inne leki)
- Other allergies (Inne uczulenia)
- No allergies (Brak uczuleń)

Medical History (Przebyte choroby)

- Heart disease (Choroby serca)
- Cardiac arrhythmia (Zaburzenia rytmu serca)
- Hypertension (Nadciśnienie tętnicze)
- Asthma/COPD (Astma/POCHP)
- Diabetes (Cukrzyca)
- Epilepsy (Padaczka)
- Other neurological disorders (Inne chor. neurologiczne)
- Cancer (Choroba nowotworowa)
- Blood clotting disorders (Zaburz. krzep. krwi)
- Kidney disease (Choroba nerek)
- Diseases of the digestive tract (Chor. przew. pokarm.)
- Infections (Choroby zakaźne)
- Others (Inne)

Medications taken on a regular or temporary basis (leki)

- Heart medications (Leki na serce)
- Medications to treat hypertension (Leki na nadciśnienie)
- Diabetes medications (Leki na cukrzycę)
- Medications to treat asthma/pulmonary disease (Leki na astmę/choroby płuc)
- Painkillers (Leki przeciwbólowe)
- Antiepileptic medications (Leki przeciwpadaczkowe)
- Sedatives (Leki uspokajające)
- Psychiatric medications (Leki psychiatryczne)
- I do not take medications (Nie zażywam leków)

Do you have medications with you? If so, please show them to me.

Recently consumed meals or liquids

(Ostatnio spożywany posiłek lub płyn) jadłeś

When did you last eat or drink? (Kiedy ostatni raz lub piłeś?)

What did you eat and drink? (Co jadłeś i piłeś?)

Are you pregnant or is there a possibility you might be pregnant? (Czy jesteś w ciąży?)

YES (TAK) NO (NIE)

Did you drink alcohol? (Czy piłeś alkohol?)

YES (TAK) NO (NIE)

Did you take narcotics/psychoactive drugs? (Czy zażywałeś narkotyki/środki psychoaktywne?)

YES (TAK) NO (NIE)

Phone number to a person who speaks Polish or English (with country code)
 (+.....)