

VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE EN MAJUSCULES (PATIENT OU RESPONSABLE)

N° de point d'aide fixe/ tente:.....
Evènement:.....
Date:.....

FRANCUSKI

PRENOM (IMIE):..... NOM (NAZWISKO):.....
PAYS (KRAJ):..... DATE DE NAISSANCE (DATA UR.):..... SEXE: F M

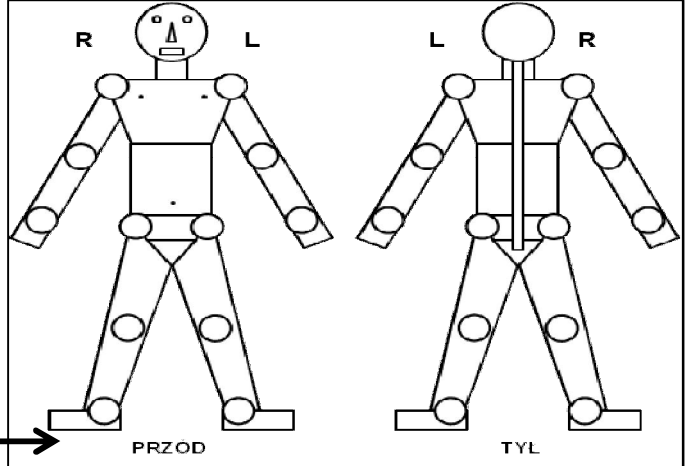
Troubles/Malaises/Douleurs (Podaj dolegliwości)

- Evanouissement (Zasłabnięcie/Omdlenie)
- Vomissement (Wymioty)
- Nausée (Nudności)
- Etourdissement (Zawroty głowy)
- Diarrhée (Biegunka)
- Dyspnée/difficultés à respirer (Duszność...)
- Tachycardie (Kołatanie serca)
- Douleur à la poitrine (Ból w klatce piersiowej)
- Blessures (Uraz)

Type de douleur (Czy odczuwasz ból?)

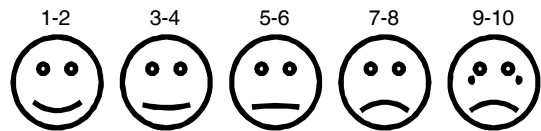
- Absence de douleur (Brak bólu)
- Brûlante (Piekący)
- Ecrasante (Gniotący)
- Piquante (Kłujący)
- Aigüe (Przeszywający)
- Crampes (récurrentes) (Skurczowy (nawracający))
- Persistante (Ciągły)

Indique où tu as mal à l'aide du personnage



Intensité de la douleur (Jak bardzo Cię Boli?)

(note sur une échelle de 1-10 ou choisis un des smileys ci-dessous)



Allergies / Sensibilisations (Alergie/Uczulenia)

- Anti-douleurs aspirine, ibuprofen, ketoprofen, metamizol, paracetamol, morphine, autres (Przeciwbólowe)
- Antibiotiques (Antybiotyki)
- Autres médicaments (lequels) (Inne leki).....
- Autres allergies (Inne uczulenia)
- Absence d'allergies (Brak uczuleń)

Médicaments consommés de façon régulière/occasionnellement (leki)

- Cardiaques (Leki na serce)
- Contre l'hypertension (Leki na nadciśnienie)
- Contre le diabète (Leki na cukrzycę)
- Contre l'asthme/ maladie des poumons (Leki na astmę/choroby płuc)
- Anti-douleurs (Leki przeciwbólowe)
- Contre l'épilepsie (Leki przeciwpadaczkowe)
- Sédatifs (Leki uspokajające)
- Psychiatriques (Leki psychiatryczne)
- Je n'en consomme pas (Nie zażywam leków)

Si tu as tes médicaments avec toi, montre-les.

Repas/liquides dernièrement consommés

(Ostatnio spożywany posiłek lub płyny)

Quand as-tu mangé/bu pour la dernière fois? (Kiedy ostatni raz jadłeś lub piłeś?)

Qu'as-tu mangé/bu? (Co jadłeś i piłeś?)

Avez-vous déjà eu les maladies suivantes?

(Przebyte choroby)

- Maladies cardiaques (Choroby serca)
- Troubles du rythme cardiaque (Zaburzenia rytmu serca)
- Hypertension artérielle (Nadciśnienie tętnicze)
- Asthme/BPCO (Astma/POCHP)
- Diabète (Cukrzyca)
- Epilepsie (Padaczka)
- Autres maladies neurologiques (Inne chor. neurologiczne)
- Cancer (Choroba nowotworowa)
- Troubles de la coagulation du sang (Zaburz. krzep. krwi)
- Maladie des reins (Choroba nerek)
- Maladie du tube digestif (Chor. przew. pokarm.)
- Maladies infectieuses (Choroby zakaźne)
- Autres (Inne)

Es-tu enceinte/ Est-il possible que tu sois enceinte? (Czy jesteś w ciąży?)

OUI (TAK) NON (NIE)

As-tu bu de l'alcool? (Czy piłeś alkohol?)

OUI (TAK) NON (NIE)

As-tu consommé de la drogue/des substances psychoactives? (Czy zażywałeś narkotyki/środki psychoaktywne?)

OUI (TAK) NON (NIE)

Contact d'une personne qui parle polonais ou anglais (avec l'indicatif téléphonique du pays)
(+.....)