

# KARTĘ WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI (WYPEŁNIA PACJENT LUB OPIEKUN)

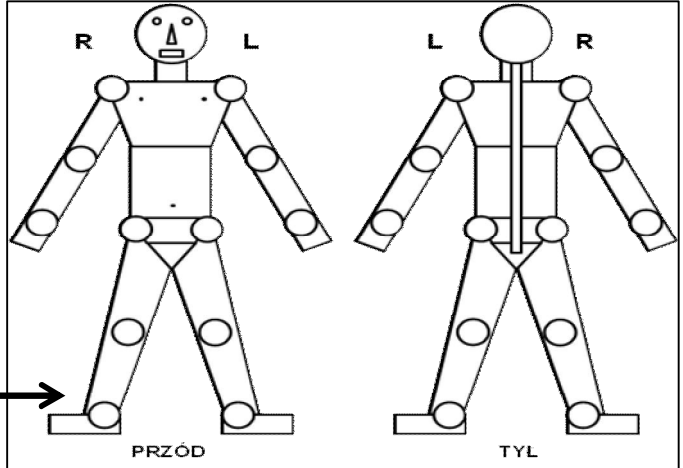
Nr punktu stałego / namiotu:.....  
Wydarzenie:.....  
Data:.....



IMIĘ (IMIE):..... NAZWISKO (NAZWISKO):.....  
KRAJ (KRAJ):..... DATA URODZENIA (DATA UR.):..... PŁEĆ: K  M

## Podaj Twoje dolegliwości (Podaj dolegliwości)

- Zasłabnięcie/Omdlenie (Zasłabnięcie/Omdlenie)
- Wymioty (Wymioty)
- Nudności (Nudności)
- Zawroty głowy (Zawroty głowy)
- Biegunka (Biegunka)
- Dusznosc/trudności w oddychaniu (Dusznosc...)
- Kołatanie serca (Kołatanie serca)
- Ból w klatce piersiowej (Ból w klatce piersiowej)
- Uraz (Uraz)



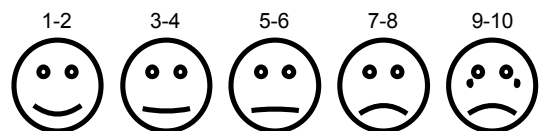
## Czy odczuwasz ból? (Czy odczuwasz ból?)

- Brak bólu (Brak bólu)
- Piekący (Piekący)
- Gniotący (Gniotący)
- Kłujący (Kłujący)
- Przeszywający (Przeszywający)
- Skurczowy (nawracający) (Skurczowy (nawracający))
- Ciągły (Ciągły)

## Zaznacz na postaci obok gdzie Cię boli

## Jak bardzo Cię boli? (Jak bardzo Cię Boli?)

(oceni w skali 1-10 lub zaznacz na rysunku)



## Alergie / Uczulenia (Alergie/Uczulenia)

- Przeciwbólowe *aspiryna, ibuprofen, ketoprofen, metamizol, paracetamol, morfina, inne* (Przeciwbólowe)
- Antybiotyki (Antybiotyki)
- Inne leki (jakie) (Inne leki) .....
- Inne uczulenia (Inne uczulenia) .....
- Brak uczuleń (Brak uczuleń)

## Przebyte choroby (Przebyte choroby)

- Choroby serca (Choroby serca)
- Zaburzenia rytmu serca (Zaburzenia rytmu serca)
- Nadciśnienie tętnicze (Nadciśnienie tętnicze)
- Astma/POCHP (Astma/POCHP)
- Cukrzyca (Cukrzyca)
- Padaczka (Padaczka)
- Inne choroby neurologiczne (Inne chor. neurologiczne)
- Choroba nowotworowa (Choroba nowotworowa)
- Zaburzenia krzepnięcia krwi (Zaburz. krzep. krwi)
- Choroba nerek (Choroba nerek)
- Choroby przewodu pokarmowego (Chor. przew. pokarm.)
- Choroby zakaźne (Choroby zakaźne)
- Inne (Inne)

## Zażywane leki na stałe lub doraźnie (leki)

- Leki na serce (Leki na serce)
- Leki na nadciśnienie (Leki na nadciśnienie)
- Leki na cukrzycę (Leki na cukrzycę)
- Leki na astmę/choroby płuc (Leki na astmę/choroby płuc)
- Leki przeciwbólowe (Leki przeciwbólowe)
- Leki przeciwpadaczkowe (Leki przeciwpadaczkowe)
- Leki uspokajające (Leki uspokajające)
- Leki psychiatryczne (Leki psychiatryczne)
- Nie zażywam leków (Nie zażywam leków)

Czy masz leki przy sobie? Jeżeli tak to pokaż.

## Czy jesteś w ciąży lub czy możliwe jest abys była w ciąży? (Czy jesteś w ciąży?)

TAK (TAK)  NIE (NIE)

## Ostatnio spożywany posiłek lub płyn

(Ostatnio spożywany posiłek lub płyn)

Kiedy ostatni raz jadłeś lub piłeś? (Kiedy ostatni raz jadłeś lub piłeś?) .....

Co jadłeś i piłeś? (Co jadłeś i piłeś?) .....

## Czy piłeś alkohol? (Czy piłeś alkohol?)

TAK (TAK)  NIE (NIE)

## Czy zażywałeś narkotyki/środki psychoaktywne?

(Czy zażywałeś narkotyki/środki psychoaktywne?)

TAK (TAK)  NIE (NIE)

Numer telefonu do osoby posługującej się językiem polskim lub angielskim (z numerem kierunkowym kraju)  
(+.....)