

COMPLETE O CARTÃO COM LETRAS MAIÚSCULAS
(A SER PREENCHIDO PELO PACIENTE OU O SEU RESPONSÁVEL)

Nº do ponto de atendimento médico/tenda.....
Evento:.....
Data:.....

PORTUGALSKI

NOME (IMIE):.....SOBRENOME (NAZWISKO):.....
PAÍS (KRAJ):..... DATA DE NASCIMENTO (DATA UR.):..... SEX: F M

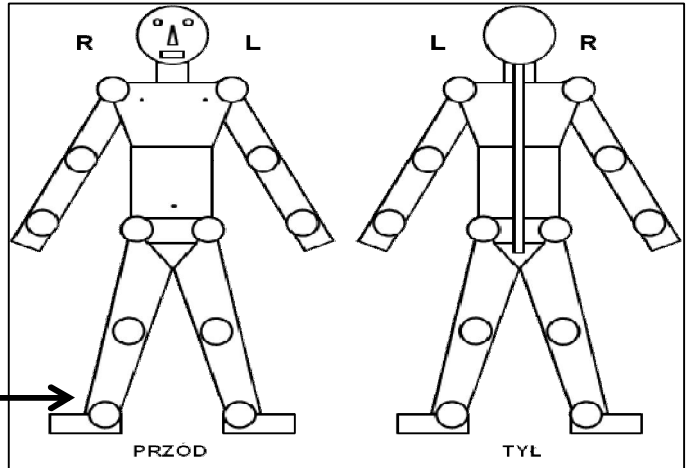
Quais são os sintomas? (Podaj dolegliwości)

- Desmaio (Zasłabnięcie/Omdlenie)
- Vômito (Wymioty)
- Náusea (Nudności)
- Tontura (Zawroty głowy)
- Diarréia (Biegunka)
- Falta de ar/Dificuldade para respirar (Duszność...)
- Palpitação (Kołatanie serca)
- Dor no peito (Ból w klatce piersiowej)
- Manchas (Uraz)

Você sente alguma dor? (Czy odczuwasz ból?)

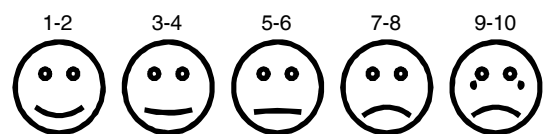
- Sem dor (Brak bólu)
- Pungente (Piekący)
- Esmagadora (Gniotący)
- Fina (Kłujący)
- Aguda (Przeszywający)
- Cólicas (recorrentes) (Skurczowy (nawracający))
- Constante (Ciągły)

Indique na figura onde você sente dor.



Qual a intensidade da dor? (Jak bardzo Cię Boli?)

(selecione em uma escala de 1 a 10 ou marque a figura)



Alergias (Alergie/Uczulenia)

- Analgésicos *aspirina, ibuprofen, ketoprofen, metamizol, paracetamol, morfina, outros* (Przeciwbólowe)
- Antibióticos (Antybiotyki)
- Outros remédios (especificar) (Inne leki).....
- Outras alergias (Inne uczulenia).....
- Sem alergias (Brak uczuleń)

Histórico Médico (Przebyte choroby)

- Doença cardíaca (Choroby serca)
- Arritmia cardíaca (Zaburzenia rytmu serca)
- Hipertensão (Nadciśnienie tętnicze)
- Asma/DPOC (Astma/POCHP)
- Diabetes (Cukrzyca)
- Epilepsia (Padaczka)
- Outras doenças neurológicas (Inne chor. neurologiczne)
- Câncer (Choroba nowotworowa)
- Distúrbios de coagulação sanguínea (Zaburz. krzep. krwi)
- Doença renal (Choroba nerek)
- Doenças do trato digestivo (Chor. przew. pokarm.)
- Infecções (Choroby zakaźne)
- Outros (Inne)

Medicamentos tomados regularmente ou temporariamente (leki)

- Medicamentos para o coração (Leki na serce)
- Medicamentos para hipertensão (Leki na nadciśnienie)
- Medicamentos para diabetes (Leki na cukrzyce)
- Medicamentos para asma/doença pulmonar (Leki na astmę/choroby płuc)
- Analgésicos (Leki przeciwbólowe)
- Medicamentos antiepilépticos (Leki przeciwpadaczkowe)
- Sedativos (Leki uspokajające)
- Medicamentos psiquiátricos (Leki psychiatryczne)
- Não tomo medicamentos (Nie zażywam leków)

Você possui algum medicamento com você? Se sim, por favor apresente-os.

Você está grávida ou existe alguma possibilidade de estar grávida (Czy jesteś w ciąży?)

SIM (TAK) NÃO (NIE)

Você ingeriu álcool? (Czy piłeś alkohol?)

SIM (TAK) NÃO (NIE)

Você fez uso de narcóticos/drogas psicoativas?

(Czy zażywałeś narkotyki/środki psychoaktywne?)

SIM (TAK) NÃO (NIE)

Alimentos e bebidas consumidos recentemente

(Ostatnio spożywany posiłek lub płyn)

Quando foi a última vez que você comeu ou bebeu?

(Kiedy ostatni raz jadłeś lub piłeś?)

.....

O que você comeu e bebeu? (Co jadłeś i piłeś?)

.....

Telefone de contato de alguém que fale inglês ou polonês (insira o código do país)

(+.....).....