

ЗАПОЛНЯЙТЕ КАРТУ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ (КАРТУ ЗАПОЛНЯЕТ ПАЦИЕНТ ИЛИ ОПЕКУН)

№ медпункта/ палатки:.....

Происшествие:.....

Дата:.....

ROSYJSKI

ИМЯ (imię):..... ФАМИЛИЯ (nazwisko):.....

СТРАНА (kraj):..... ДАТА РОЖДЕНИЯ (Data ur.):..... ПОЛ: ЖЕН МУЖ

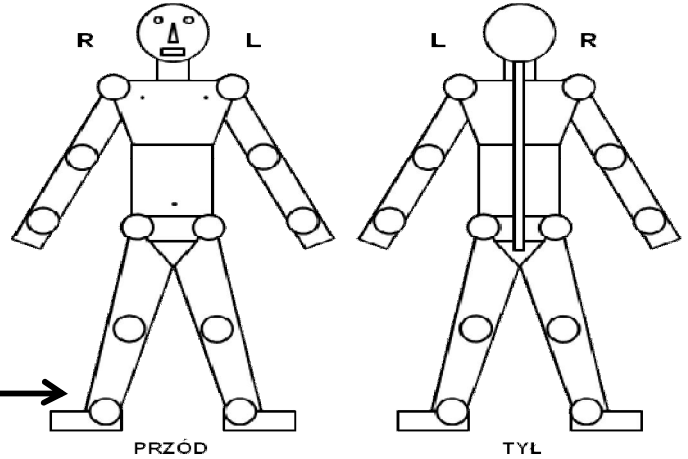
Опишите свое самочувствие (Podaj dolegliwości)

- Слабость/обморок (Zasłabnięcie/Omdlenie)
- Рвота (Wymioty)
- Тошнота (Nudności)
- Головокружение (Zawroty głowy)
- Диарея (понос) (Biegunka)
- Отдышка/затрудненное дыхание (Duszność...)
- Учащенное сердцебиение (Kołatanie serca)
- Боль в грудной клетке (Ból w klatce piersiowej)
- Травма (Uraz)

Чувствуете ли Вы боль?

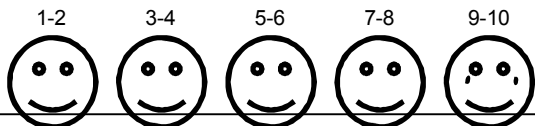
- Не чувствую боли (brak bólu)
- Жгучая боль (жжет) (Piekący)
- Сдавливающая боль (Gniotący)
- Колющая боль (kłujący)
- Острая боль (przeszywający)
- Судороги, спазмы (повторяющиеся) (skurczowy, nawracający)
- Постоянная боль (ciągły)

Обозначьте на рисунке, где вы чувствуете боль



Интенсивность боли (Jak bardzo Cię Boli?)

(оцените по шкале от 1-10 или обозначьте на рисунке)



Аллергия на (Alergie/Uczulenia)

- Обезболивающие ср-ва *аспирин, ибупрофен, кетопрофен, метамизол, парацетамол, морфин, inne* (Przeciwbólowe)
- Антибиотики (Antybiotyki)
- Другие лек-ва, какие? (Inne leki)
- Другие формы аллергии (Inne uczulenia)
- Отсутствует (Brak uczuleń)

Какие лек-ва Вы принимаете постоянно или только сейчас (leki)

- От сердца (Leki na serce)
- От повышенного давления (Leki na nadciśnienie)
- От сах. диабета (Leki na cukrzycę)
- От астмы/легочных заболеваний (Leki na astmę/choroby płuc)
- Обезболивающие (Leki przeciwbólowe)
- От эпилепсии (Leki przeciwpadaczkowe)
- Успокоительное (Leki uspokajające)
- Психотропы (Leki psychiatryczne)
- Не принимаю лекарств (Nie zażywam leków)

С собой ли у Вас эти лек-ва? Если да, покажите

Последний прием пищи или питья

(Ostatnio spożywany posiłek lub płyn)

Когда Вы последний раз что-то ели или пили?

(Kiedy ostatni raz jadłeś lub piłeś?)

.....
Что Вы съели/выпили? (Co jadłeś i piłeś?)

Есть ли/были у Вас эти болезни (Przebyte choroby)

- Заболевания сердца (Choroby serca)
- Нарушения сердечного ритма (Zaburzenia rytmu serca)
- Повышенное артериальное давление (Nadciśnienie tętnicze)
- Астма/ХОБЛ (Astma/POCHP)
- Сах. диабет (Cukrzyca)
- Эпилепсия (Padaczka)
- Др. неврологические заболевания (Inne chor. neurologiczne)
- Онкологическое заболевание (Choroba nowotworowa)
- Гемофилия (Zaburz. krzep. krwi)
- Заболевания почек (Choroba nerek)
- Заболевания пищеварительного тракта (Chor. przew. pokarm.)
- Инфекционные заболевания (Choroby zakaźne)
- Другое (Inne)

Беременны ли Вы? Есть ли у Вас предположение, что Вы беременны?

(Czy jesteś w ciąży?)

Да (ТАК)

Нет (НІЕ)

Принимали ли Вы алкоголь? (Czy piłeś alkohol?)

Да (ТАК)

Нет (НІЕ)

Принимали ли Вы наркотики/психотропные средства? (Czy zażywałeś narkotyki/środki psychoaktywne?)

Да (ТАК)

Нет (НІЕ)

..... Подайте номер телефона лица, говорящего по-польски или по-английски (с кодом страны)

(+.....)