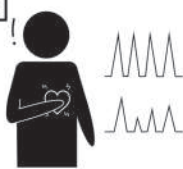


IMIĘ:		DATA DZISIAJ:		GDZIE TERAZ JESTEŚ?	
NAZWISKO:		NAZWA		[TERAZ] [TY] [GDZIE]?	
WIEK:		DZISIEJSZEGO DNIA		POLICZ ILE JEST KWADRATÓW	[KWADRAT] [ILE]?
DATA		[NAZWA] [DNIA] [DZISIAJ]			ILE?
URODZENIA:		2+3=			

JAK SIĘ CZUJESZ?

[TY] [TERAZ] [CZUĆ_SIĘ] [JAK]?

1  ☐ ODDYCHAĆ PROBLEM	2  ☐ SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	3  ☐ SŁABA STRONA	4  ☐ ALERGIA/UCZULENIE	5  ☐ WYSOKIE CIŚNIENIE	6  ☐ PADACZKA/DRGAWKI
7  ☐ BIEGUNKA	8  ☐ ZATWARDZENIE	9  ☐ WYMIOTY	10  ☐ SIKAĆ PROBLEM	11  ☐ KASZEL	CZY 7-11 BYŁO Z KRWIĄ? ☐ DUŻO  ☐ MAŁO  ☐ NIE BYŁO
12  ☐ GORĄCZKA ILE?	13  ☐ DRESZCZE/ZIMNO	14  ☐ URAZ	15  ☐ ZMĘCZENIE	16  ☐ ZAWROTY GŁOWY/ OMDLЕНИЕ	17 WPISZ INNE

KIEDY ZACZĘŁA SIĘ CHOROBA?

[TY] [CHOROBA] [START] [BYŁO] [KIEDY]?

	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	NIEDZIELA	SOBOTA	PIĄTEK	CZWARTEK	ŚRODA	WTOREK	PONIEDZIAŁEK	W CZORAJ	DZISIAJ	TERAZ

 GODZINA?

CO SIĘ STAŁO?

[CO_SIĘ_STAĆ]?

 ☐ WYPADEK	 ☐ POTRĄCIĆ	 ☐ DYM/OPARY/OGIEŃ	 ☐ URAZ
 ☐ PRZYGNIEŚĆ	 ☐ PRĄD KOPNAĆ	 ☐ OBLANIE PŁYNEM	 ☐ WYPADEK PRACA

CZY COŚ CIĘ BOLI?



[MASZ] [TY] [BÓL]?

☐

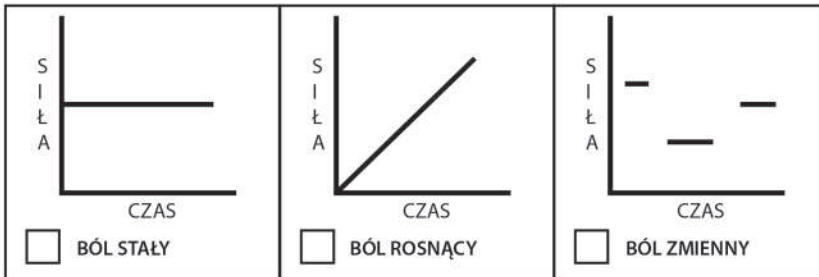
TAK

☐

NIE

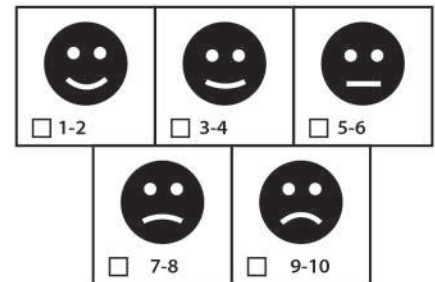
JAKI JEST TWÓJ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?



JAK SILNY MASZ BÓL?

[TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?



KIEDY ZACZAŁ SIĘ BÓL?

[BÓL] [START] [BYŁO] [KIEDY]?



NIEDZIELA

SOBOTA

PIĄTEK

CZWARTEK

ŚRODA

WTOREK

PONIEDZIAŁEK

W CZORAJ

DZISIAJ

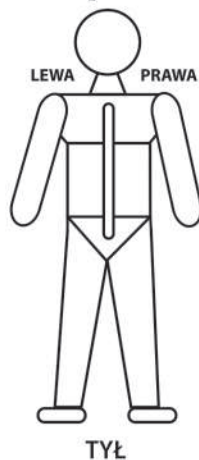
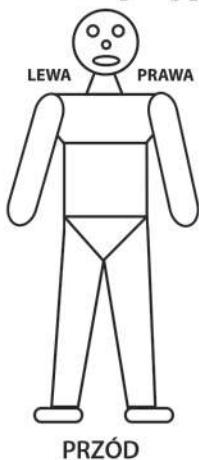
TERAZ



GODZINA?

GDZIE CIĘ BOLI?

[TY] [BÓL] [GDZIE]?



JAKI TY MASZ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?



CZY TY MASZ ALERGIĘ?

[ALERGIĘ] [MASZ]?


☐

TAK

☐

NIE



CZY BRAŁEŚ

NARKOTYK/

DOPALACZE?

[NARKOTYKI]

[DOPALACZE] [BYŁO]?

PIŁEŚ

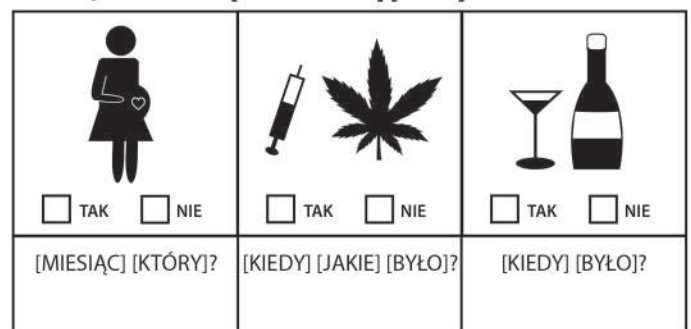
ALKHOL?

[ALKOHOL]

[BYŁO]?

CZY JESTEŚ
W CIĄŻY?

[CIĄŻA] [TY]?



JAKIE MASZ CHOROBY?

[TY] [CHORY] [MASZ] [CO]?

 ☐ ŻOŁĄDEK	 ☐ TRZUSTKA	 ☐ WĄTROBA	 ☐ MÓZG	 ☐ NERKI	 ☐ PŁUCA
 ☐ SERCE	 ☐ JELITA	 ☐ ŻYŁY I KREW	 ☐ RAK/NOWOTWÓR	 ☐ PADACZKA/DRGAWKI	 ☐ ASTMA/POCHP
 ☐ BAKTERIE/WIRUSY	 ☐ CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 ☐ CIŚNIENIE	 ☐ KOŚCI	JAKIE MASZ INNE CHOROBY? [TY] [CHORY] [INNE] [CO]?	

JAKIE BIERZESZ LEKI?

[TY] [LEKI] [JEŚĆ] [JAKIE]?

 ☐ SERCE	 ☐ CIŚNIENIE	 ☐ PADACZKA/DRGAWKI	 ☐ ASTMA/POCHP
 ☐ DEPRESJA/ PSYCHIATRA	 ☐ CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 ☐ ŻYŁY I KREW	 ☐ BÓL

WPISZ NAZWY LEKÓW
[NAZWA] [LEKI] JAKIE?]

KIEDY OSTATNIO JADŁEŚ?

[TY] [JEŚĆ] [BYŁO] [KIEDY]?



☐ NIEDZIELA
 ☐ SOBOTA
 ☐ PIĄTEK
 ☐ CZWARTEK
 ☐ ŚRODA
 ☐ WTOREK
 ☐ PONIEDZIAŁEK
 ☐ W CZORAJ
 ☐ DZISIAJ
 ☐ TERAZ



GODZINA?

KIEDY OSTATNIO PIŁEŚ?

[TY] [PIĆ] [BYŁO] [KIEDY]?



☐ NIEDZIELA
 ☐ SOBOTA
 ☐ PIĄTEK
 ☐ CZWARTEK
 ☐ ŚRODA
 ☐ WTOREK
 ☐ PONIEDZIAŁEK
 ☐ W CZORAJ
 ☐ DZISIAJ
 ☐ TERAZ



GODZINA?



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA SZPITAL?
[TY] [ZGODA] [ZOSTAĆ] [SZPITAL]?

☐ TAK ☐ NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE LEKÓW?
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [LEKI]?

☐ TAK ☐ NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE ZASTRZYKÓW?
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [ZASTRZYK]?

☐ TAK ☐ NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA SZYCIE RAN?
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [SZYCIE]?

☐ TAK ☐ NIE



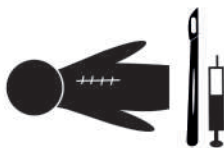
CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE KRWI?
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [KREW]?

☐ TAK ☐ NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA RTG, TOMOGRAF I KONTRAST?
[TY] [ZGODA] [RTG] [TOMOGRAF] [KONTRAST]?

☐ TAK ☐ NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA ZNIECZULENIE I OPERACJĘ?
[TY] [ZGODA] [ZNIECZULENIE] [OPERACJA]?

☐ TAK ☐ NIE



CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA CEWNIK?
[TY] [ZGODA] [CEWNIK]?

☐ TAK ☐ NIE



CZY CHCESZ TŁUMACZA JĘZYKA MIGOWEGO?
[TY] [TŁUMACZ] [JĘZYK] [MIGOWY] [CHCIEĆ]?

☐ TAK ☐ NIE



WPISZ NUMER TELEFONU I ADRES RODZINY
[TWÓJ] [RODZINA] [TELEFON/ADRES] [WPISZ]