

ЗАПОВНИ ЛИСТОК ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ (ЗАПОВНЮЄ ПАЦІЄНТ АБО ОПІКУН)

Номер медпункту / намету:.....
Подія:.....
Дата:.....

UKRAIŃSKI

ІМ'Я (IMIE):..... ПРИЗВИЩЕ (NAZWISKO):.....
КРАЇНА (KRAJ):..... ДАТА НАРОДЖЕННЯ (DATA UR.):..... СТАТЬ: Ж Ч

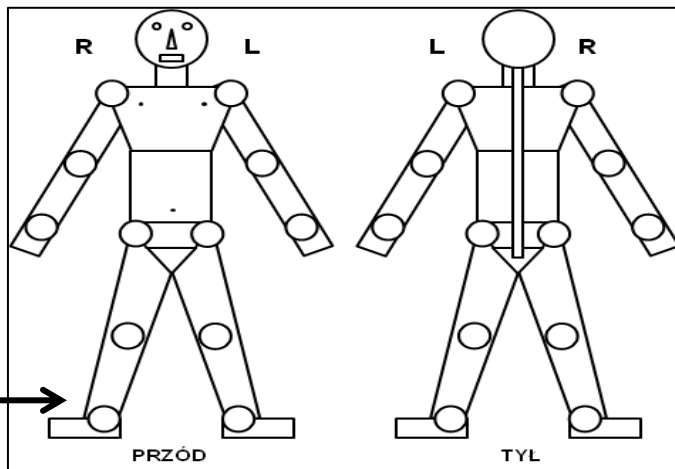
Опиши свої симптоми (Podaj dolegliwości)

- Слабкість/Непритомність (Zasiabnięcie/Omdlenie)
- Блювота (Wymioty)
- Нудота (Nudności)
- Запаморочення (Zawroty głowy)
- Пронос (Biegunka)
- Задишка/утруднене дихання (Duszność...)
- Прискорене серцебиття (Kołatanie serca)
- Біль у грудях (Ból w klatce piersiowej)
- Травма (Uraz)

Ти відчуваєш біль? (Czy odczuwasz ból?)

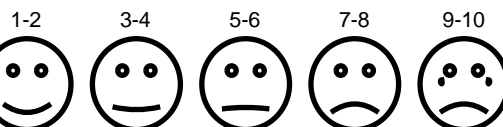
- Біль відсутній (Brak bólu)
- Пекучий (Piekący)
- Здавлюючий (Gniotący)
- Колючий (Kłujący)
- Пронизливий (Przeszywający)
- Спазматичний (рецидивний) (Skurczowy (nawracający))
- Постійний (Ciągły)

Познач на постаті поруч, де тебе болить



Як сильно тебе болить? (Jak bardzo Cię Boli?)

(оціни за шкалою від 1 до 10, або ж познач на малюнку)



Алергія (Alergie/Uczulenia)

- Знеболювальні *aspiryna, ibuprofen, ketoprofen, metamizol, paracetamol, morfina, inne* (Przeciwbólowe)
- Антибіотики (Antybiotyki)
- Інші ліки (які) (Inne leki)
- Інша алергія (Inne uczulenia)
- Не маю алергії (Brak uczuleń)

Перенесені хвороби (Przebyte choroby)

- Хвороби серця (Choroby serca)
- Порушення серцевого ритму (Zaburzenia rytmu serca)
- Артеріальна гіпертензія (Nadciśnienie tętnicze)
- Астма/ХОЗЛ (Astma/POChP)
- Діабет (Cukrzyca)
- Епілепсія (Padaczka)
- Інші неврологічні хвороби (Inne chor. neurologiczne)
- Онкологічні захворювання (Choroba nowotworowa)
- Порушення згортання крові (Zaburz. krzep. krwi)
- Захворювання нирок (Choroba nerek)
- Хвороби шлунк.-кишк. тракту (Chor. przew. pokarm.)
- Інфекційні захворювання (Choroby zakaźne)
- Інше (Inne)

Ліки, які вживаєш постійно, або разово (leki)

- Ліки для серця (Leki na serce)
- Ліки від тиску (Leki na nadciśnienie)
- Ліки при діабеті (Leki na cukrzyce)
- Ліки від астми/хвороби легень (Leki na astmę/choroby płuc)
- Знеболювальні ліки (Leki przeciwbólowe)
- Ліки від епілепсії (Leki przeciwpadaczkowe)
- Заспокійливі ліки (Leki uspokajające)
- Психіатричні ліки (Leki psychiatryczne)
- Я не вживаю ліків (Nie zażywam leków)

Чи ти маєш ліки з собою? Якщо так, то покажи.

Чи ти вагітна, чи є можливим, щоб ти була вагітною? (Czy jesteś w ciąży?)

ТАК (TAK) НІ (NIE)

Останній прийом їжі чи вживання напою

(Ostatnio spożywany posiłek lub płyn)

Коли ти останній раз їв або пив? (Kiedy ostatni raz jadłeś lub piłeś?)

Що ти їв і пив? (Co jadłeś i piłeś?)

Чи ти вживав алкоголь? (Czy piłeś alkohol?)

ТАК (TAK) НІ (NIE)

Вживав наркотики/психотропні препарати? (Czy zażywałeś narkotyki/środki psychoaktywne?)

ТАК (TAK) НІ (NIE)

Номер телефону до особи, котра розмовляє польською, або англійською (з кодом країни)
(+.....)