

# 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

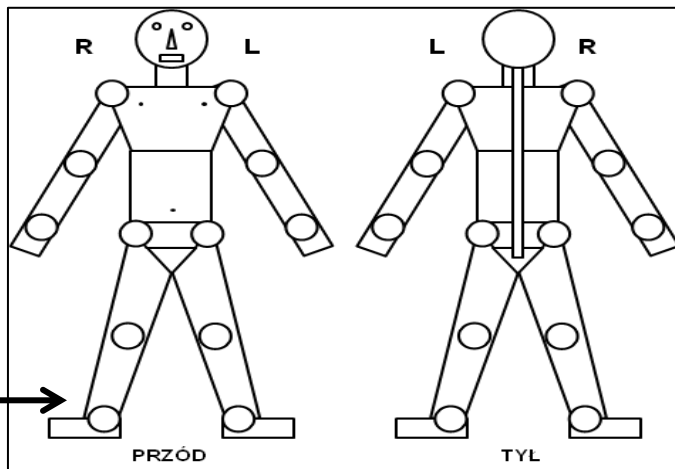
## Опиши свої симптоми (Podaj dolegliwości)

- 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?)

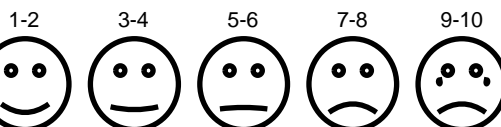
- Біль відсутній (Brak bólu)
- Пекучий (Piekący)
- Здавлюючий (Gniotący)
- Колючий (Kłujący)
- Пронизливий (Przeszywający)
- Спазматичний (рецидивний) (Skurczowy (nawracający))
- Постійний (Ciągły)

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 cukrzycę)
- 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)

(+.....)