

[PJM]*

KARTA KOMUNIKACJI Z OSOBĄ GŁUCHĄ

IMIĘ: NAZWISKO: WIEK: DATA URODZENIA:

JAK SIĘ CZUJESZ?
[TY] [TERAZ] [CZUĆ SIĘ] [JAK?]

1 <input type="checkbox"/> KASZEL	2 <input type="checkbox"/> KATAR/RICHANIE	3 <input type="checkbox"/> BÓL GARDŁA	4 <input type="checkbox"/> GORĄCZKA	5 <input type="checkbox"/> DRESZCZE/ZIMNO
7 <input type="checkbox"/> BIEGUNKA	8 <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	9 <input type="checkbox"/> WYMIOTY	10 <input type="checkbox"/> SIKAĆ PROBLEM	11 <input type="checkbox"/> URAZ
12 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	13 <input type="checkbox"/> ZAWRÓTY GŁOWY/ OMDLENIE	14 <input type="checkbox"/> PROBLEMY SEN	15 <input type="checkbox"/> SMUTEK	16 <input type="checkbox"/> ZDENERWOWANIE
17 <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	18 <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	19 <input type="checkbox"/> ALERGIJA/ UCZULENIE	20 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	21 <input type="checkbox"/> BÓL

INNE WPISZ:

Z CZYM MASZ TERAZ PROBLEM?
[TY] [CHORY] [JAK WYGLĄDAĆ?]

 <input type="checkbox"/> TWARZ	 <input type="checkbox"/> USTA	 <input type="checkbox"/> OCZY	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA		 <input type="checkbox"/> KOŚCI
 <input type="checkbox"/> MÓZG	 <input type="checkbox"/> NOS	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA	 <input type="checkbox"/> NERKI		
 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> UCHO	 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK	 <input type="checkbox"/> KRĘGOSŁUP		
 <input type="checkbox"/> PŁUCA	 PRZÓD	 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> POCHWA	 <input type="checkbox"/> PENIS	 <input type="checkbox"/> ODBYT

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA	 NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
---------	---------	--------------	------------------	-----------	---------------	---

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

NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK WZCZORAJ DZISIAJ TERAZ

DATA? GODZINA?

JAK CZĘSTO MASZ OBJAWY CHOROBY? [TY] [CHORY] [JAK] [CZĘSTO]? [ILE] [RAZY]?

 <input type="checkbox"/> RAZ NA DZIEŃ	 <input type="checkbox"/> KILKA DZIEŃ ILE? <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> CAŁY DZIEŃ	 <input type="checkbox"/> RAZ NA MIESIĄC	 <input type="checkbox"/> KILKA MIESIĄC ILE? <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> CAŁY MIESIĄC
---	---	---	---	---	---

CODZIENNIE

KILKA W TYGODNIU ILE?

NIEDZIELA PONIEDZIAŁEK WTOREK ŚRODA CZWARTEK PIĄTEK

CO ROBIŁEŚ, KIEDY ZACZEŁA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [ZACZYNAĆ] - [TY] [ROBIĆ] [CO]?

 <input type="checkbox"/> JEDZENIE	 <input type="checkbox"/> SEN	 <input type="checkbox"/> PRACA	 <input type="checkbox"/> NERWY	 <input type="checkbox"/> WYPADEK PRACA
 <input type="checkbox"/> ALKOHOL	 <input type="checkbox"/> LEKI	 <input type="checkbox"/> ZMNA TEMPERATURA 3°C	 <input type="checkbox"/> GORAĆA TEMPERATURA +40°C	

INNE WPISZ:

JAK ZMIENIA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [ZMIANA] [JAK_WYGLĄDA]?

 <input type="checkbox"/> CHOROBA STAŁA	 <input type="checkbox"/> CHOROBA ROSNĄCA	 <input type="checkbox"/> CHOROBA ZMIENNA
--	--	--

JAK SILNY MASZ BÓL? [TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?

 <input type="checkbox"/> 1-2	 <input type="checkbox"/> 3-4	 <input type="checkbox"/> 5-6	 <input type="checkbox"/> 7-8	 <input type="checkbox"/> 9-10
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

JAKI TY MASZ BÓL? [TY] [BÓL] [JAK_WYGLĄDA]?

 <input type="checkbox"/> PIEKĄCY	 <input type="checkbox"/> KŁIĄCY	 <input type="checkbox"/> GNIOTĄCY
 <input type="checkbox"/> PROMIENIUJĄCY	 <input type="checkbox"/> PRZESZYWAJĄCY	 <input type="checkbox"/> PULSUJĄCY

CZY BRAŁEŚ JAKIEŚ LEKI? [TY] [BYŁO] [JEŚĆ] [LEKI]?

NAZWA:



TAK NIE





CZUŁEŚ SIĘ LEPIEJ PO LEKACH? [TY] [LEKARSTWO] [JEŚĆ] - [PO] [BYŁO] [CZUĆ_SIE] [LEPIEJ]?

TAK NIE

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> NIEROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

GŁOWA, NARZĄDY ZMYŚLÓW I PSYCHIKA



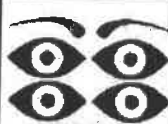
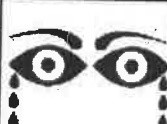
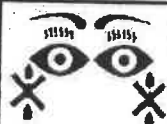


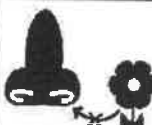
GDZIE CIĘ BOLI GŁOWA?
[TY] [GŁOWA] [BÓL] [GDZIE?]

 <input type="checkbox"/> PRZÓD	 <input type="checkbox"/> GÓRA	 <input type="checkbox"/> TYŁ	 <input type="checkbox"/> BOK
---	--	---	---

JAKIE MASZ OBJAWY?
[CO SIĘ DZIEJE?]

 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> SMUTEK	 <input type="checkbox"/> PROBLEMY SEN	 <input type="checkbox"/> NERWY
 <input type="checkbox"/> ZAPOMINAC	 <input type="checkbox"/> ALKOHOŁ PŁ DUŻO		

JAKIE MASZ OBJAWY?
[CO SIĘ DZIEJE?]

 OKULARY TY MASZ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ ŹŁE	
 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ PODWÓJNIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO ŁEZ	 <input type="checkbox"/> SUCHIE OKO
 <input type="checkbox"/> KREW Z NOSA	 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ NOS PROBLEM	 <input type="checkbox"/> NIECZUĆ ZAPACH

UKŁAD POKARMOWY

 <input type="checkbox"/> NIE CHCIEĆ JEŚĆ	 <input type="checkbox"/> CHCIEĆ DUŻO JEŚĆ	 <input type="checkbox"/> ZGAGA	 <input type="checkbox"/> WZDĘCIA	 <input type="checkbox"/> BÓL JEŚĆ		
 <input type="checkbox"/> WYMIOTY	KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ILE RAZY?: <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> NUDNOŚCI	 <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	 <input type="checkbox"/> HEMOROIDY/ KREW Z ODBYT	 <input type="checkbox"/> BIEGUNKA	KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE BIEGUNKA: ILE RAZY?: <input type="text"/> BIEGUNKA JAKI KOLOR?: <input type="text"/>

UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

 MOCZ/SIKI JAK WYGLĄDAĆ? KOLOR: <input type="checkbox"/> NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/> ZAPACH: <input type="checkbox"/> NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> SIKĄC DUŻO/CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> SIKĄC MAŁO	 <input type="checkbox"/> SIKĄC BÓL	 <input type="checkbox"/> NIE SIKĄC
 <input type="checkbox"/> SIKĄC W NOCY	 <input type="checkbox"/> SIKĄC NAGLE MUSI	 <input type="checkbox"/> NIE TRZYMAĆ SIKI	 <input type="checkbox"/> SEKS PROBLEM	

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ROZUMIEĆ <input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> ZGODA <input type="checkbox"/> NIE ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
------------------------------	------------------------------	---	---	--

UKŁAD ENDOKRYNNY

 <input type="checkbox"/> WAGA WIĘCEJ	 <input type="checkbox"/> WAGA MNIEJ	 <input type="checkbox"/> NERWY	 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO PIĆ
 <input type="checkbox"/> SIKAĆ DUŻO/ CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> WYPADAĆ WŁOSY	 <input type="checkbox"/> DUŻO SIĘ POCIĆ	 <input type="checkbox"/> ZIMNO	

UKŁAD ODDECHOWY

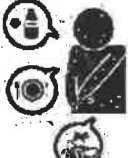
 <input type="checkbox"/> KASZEL SUCHY	 <input type="checkbox"/> KASZEL MOKRY (FLEGMA)
<input type="checkbox"/> KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE KLEZNY: _____ FLEGMA JAKI KOLOR? _____	
 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	

UKŁAD KRĄŻENIA

 <input type="checkbox"/> BÓL	 <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> SERCE KOLAŁANIE/ BICIE NIERÓWNO	 <input type="checkbox"/> SZYBKE BICIE	 <input type="checkbox"/> WOLNE BICIE
 <input type="checkbox"/> SPŁUCHNICIE NÓG	 <input type="checkbox"/> ZIMNE NOGI I RĘCE	 <input type="checkbox"/> BÓL CHODZIC	 <input type="checkbox"/> ŻYŁAKI	

INNE

 <input type="checkbox"/> POCIĆ SIĘ NOC	 <input type="checkbox"/> PIERSI GUZ	 <input type="checkbox"/> MLEKO/PŁYN/ KREW Z PIERSI
 <input type="checkbox"/> JĄDRO GUZ	 <input type="checkbox"/> PIEPRZ RÓŻNIE BÓL/ZMIANA WYGLĄD	

 **CZY TY MASZ ALERGIĘ?**
[ALERGIĘ MASZ?]


TAK NIE

WPISZ NAZWA: _____

 **CZY JESTEŚ W CIĄŻY?**
[CIAŻA TY?]

TAK NIE

MIESIĄC KTÓRY?: _____

 **INNY DOKTOR
CHODZISZ TY?**

TAK NIE

WPISZ: _____

 **SZPITAL BYŁO?**


TAK NIE

DLACZEGO WPISZ: _____

 **OPERACJA BYŁO?**

TAK NIE

DLACZEGO WPISZ: _____


 **PIŁEŚ ALKOHOŁ?**

TAK NIE

 **MIESZKASZ Z KIM?**

SAM 

Z RODZINĄ 

CHOROBY TWOJEJ RODZINY? 

MAMA/TATA: _____ DZIECI: _____

BRAT: _____ SIOSTRA: _____

PIWO

ILE  ? _____ TYDZIEŃ

WINO

ILE  ? _____ TYDZIEŃ

WÓDKA

ILE  ? _____ TYDZIEŃ

 **CZY BRAŁEŚ NARKOTYKI/
DOPALACZE?**

TAK NIE

NAZWA JAKIE: _____ ILE RAZY? _____

 **PALIĆ TY?**

TAK NIE

WIEK START: _____ ILE  ? _____ DZIEŃ

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
--	--	---	---	--	---

JAKIE MASZ CHOROBY?
[TY] [CHOROBA] [JAK] [WYGLĄDAĆ]?

 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA	 <input type="checkbox"/> MÓZG	 <input type="checkbox"/> NERKI	 <input type="checkbox"/> PŁUCA
 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> RAK/ NOWOTWOR	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/ DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> BAKTERIE/ WIRUSY	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> KOŚCI	JAKIE MASZ INNE CHOROBY? [TY] [CHOROBY] [INNE] [JAK, WYGLĄDAĆ]?	

JAKIE BIERZESZ LEKI?
[TY] [LEKI] [JEŚĆ] [JAKIE]?

 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/ DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> DEPRESJA/ PSYCHIATRA	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> BÓL

WPISZ NAZWY LEKÓW

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

TAK NIE

 PROSZĘ SIĘ ROZEBRAĆ	 ODDYCHAJ GŁĘBOKO	 POŁÓŻ SIĘ	 BADANIE CIŚNIENIA	 EKG
 OTWÓRZ/ZAMKNIJ OCZY	 BADANIE UCHA	 OTWÓRZ USTA	 BADANIE ODBYT	

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	  ZGODA NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ LUBA CZY MÓWIŁY POTRZEBNY
--	--	---	---	--	--

POTRZEBUJESZ BADAŃ
[TY] [MUSIEĆ] [ZROBIĆ] [BADANIA] [INNE]

NIE JEDZ!	NIE PIJ!	LEKI ZIĘDZ NORMALNIE	INSULINA NIE BRAĆ!
------------------	-----------------	-----------------------------	---------------------------

7 RANO

WEŹ Z DOMU:

BADANIE KRWI	BADANIE MOCZU	BADANIE KAŁU
---------------------	----------------------	---------------------

[TY] [LABORATORIUM] [BADANIE] [DATA]



POTRZEBUJESZ BADAŃ
[TY] [MUSIEĆ] [ZROBIĆ] [BADANIA] [INNE]

USG	KOLONOSKOPIA	RTG	MAMMOGRAFIA	GASTROSKOPIA
------------	---------------------	------------	--------------------	---------------------

ZALECENIA

DNI ZOSTAŃ W ŁÓŻKU	ALKOHOL STOP	PAPIEROSY STOP	ĆWICZENIA	CUKIER ZAPISUJ	CIŚNIENIE ZAPISUJ	DATA [][][][][] GODZINA [][]
PRZYŃIEŚ DOKUMENTY SZPITAL	PRZYŃIEŚ NAZWY LEKÓW	PRZYŃIEŚ ZAPIS CIŚNIENIE /CUKIER	MUSISZ JECHAĆ SZPITAL POCZEKAJ	DATA [][][][] GODZINA [][]	PIELĘGNIARKA BĘDZIE ZASTRZYK W TWÓJ DOM	ZWOLNIENIE LEKARSKIE

RECEPTA

NAZWA							
GODZINA							
GODZINA							
GODZINA							
GODZINA							

SAM BADAJ JĄDRA 1x NA MIESIĄC	SAM BADAJ PIERSI 1x NA MIESIĄC
--------------------------------------	---------------------------------------



INNY LEKARZ SKIEROWANIE:
[JA_DĄĆ_CI] [SKIEROWANIE] [INNY] [LEKARZ]:

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> KARDIOLOG | <input type="checkbox"/> PSYCHIATRA |
| <input type="checkbox"/> CHIRURG | <input type="checkbox"/> PULMONOLOG |
| <input type="checkbox"/> ONKOLOG | <input type="checkbox"/> GASTROENTEROLOG |
| <input type="checkbox"/> NEFROLOG | <input type="checkbox"/> NEUROLOG |
| <input type="checkbox"/> SZPITAL | <input type="checkbox"/> DERMATOLOG |

TAK	NIE	ROZUMIEĆ	NIE ROZUMIEĆ	ZGODA	NIE ZGODA	NIE ROZUMIEĆ	UMIACZ MIGOWY POTRZEBNY
------------	------------	-----------------	---------------------	--------------	------------------	---------------------	--------------------------------

Prezes Zarządu
 "Pro-Medica" w... Sp. z o.o.

Bożena Szulcowska medycyna praktyczna