

[PJM]*

KARTA KOMUNIKACJI Z OSOBĄ GŁUCHĄ

IMIĘ:

NAZWISKO:

WIEK:

DATA URODZENIA:

DATA DZISIAJ:

GDZIE TERAZ JESTEŚ?

[TERAZ] [TY] [GDZIE]?

NAZWA
DZISIEJSZEGO DNIA

[NAZWA] [DNIA] [DZISIAJ]

POLICZ ILE JEST KWADRATÓW
[KWADRAT] [ILE]?

2+3=



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

1 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	2 <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	3 <input type="checkbox"/> SŁABA STRONA	4 <input type="checkbox"/> ALERGIA/UCZULENIE	5 <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	6 <input type="checkbox"/> PADACZKA/DRGAWKI
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"/> KASZEL	CZY 7-11 BYŁO Z KRWIĄ? <input type="checkbox"/> DUŻO <input type="checkbox"/> MAŁO <input type="checkbox"/> NIE BYŁO
12 <input type="checkbox"/> GORĄCZKA ILE? <input type="text"/>	13 <input type="checkbox"/> DRESZCZE/ZIMNO	14 <input type="checkbox"/> URAZ	15 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	16 <input type="checkbox"/> ZAWROTY GŁOWY/ OMDLЕНИЕ	

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_SIE_STAC]?

 <input type="checkbox"/> WYPADEK	 <input type="checkbox"/> POTRĄCIĆ	 <input type="checkbox"/> DYM/OPARY/OGIEŃ	 <input type="checkbox"/> URAZ
 <input type="checkbox"/> PRZYGNIEŚĆ	 <input type="checkbox"/> PRĄD KOPNAĆ	 <input type="checkbox"/> OBLANIE PŁYNEM	 <input type="checkbox"/> WYPADEK PRACA

CZY COŚ CIĘ BOLI?

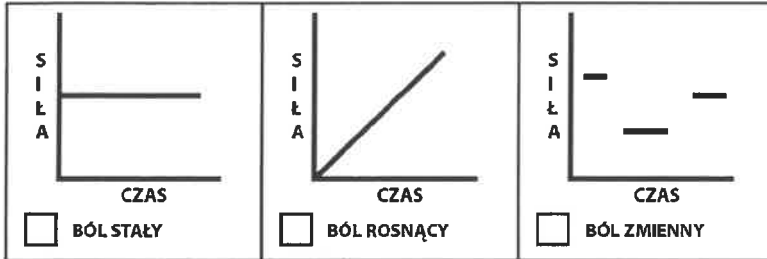


[MASZ] [TY] [BÓL]?

TAK NIE

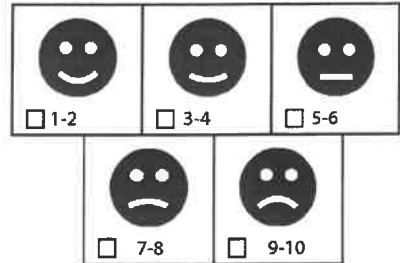
JAKI JEST TWÓJ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?



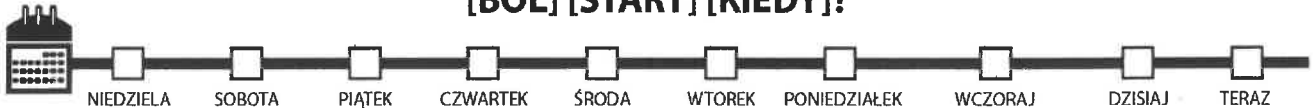
JAK SILNY MASZ BÓL?

[TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?



KIEDY ZACZAŁ SIĘ BÓL?

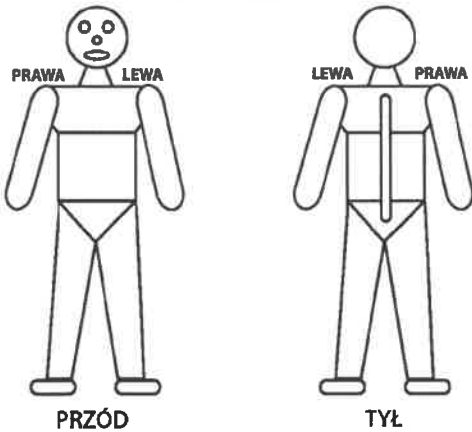
[BÓL] [START] [KIEDY]?



GODZINA?

GDZIE CIĘ BOLI?

[TY] [BÓL] [GDZIE]?



JAKI TY MASZ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?

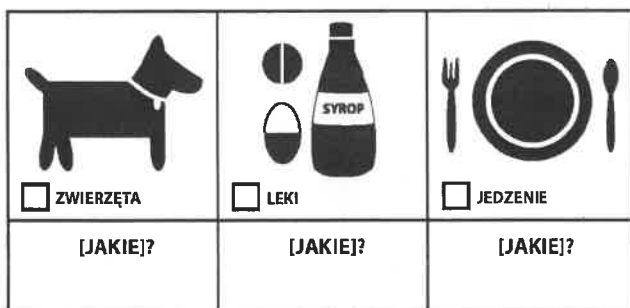


CZY TY MASZ ALERGIĘ?

[ALERGIĘ] [MASZ]?



TAK NIE



CZY BRAŁEŚ

NARKOTYK/
DOPALACZE?

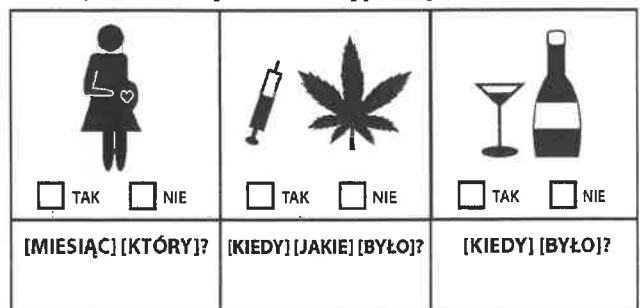
[NARKOTYKI]
[DOPALACZE] [BYŁO]?

PIŁEŚ
ALKHOL?

[ALKOHOL]
[BYŁO]?





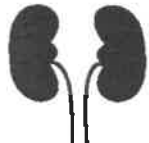











CZY JESTEŚ
W CIĄŻY?

[CIAŻA] [TY]?



JAKIE MASZ CHOROBY?

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

 <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/NOWOTWÓR	 <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] [CHORY] [INNE] [CO]?	

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
[NAZWA] [LEKI] [JAKIE?]

KIEDY OSTATNIO JADŁEŚ?


[TY] [JEŚĆ] [KIEDY]?

 NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK W CZORAJ DZISIAJ TERAZ

 GODZINA?

KIEDY OSTATNIO PIŁEŚ?

[TY] [PIĆ] [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]?

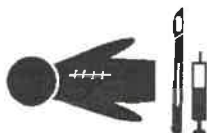
TAK NIE



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]

Prezes Zarządu

"Pro-Medica" w Łodzi Sp. z o.o.

Autor: Piotr Kimla

Bożena Szelańska

- 4 -

medycyna praktyczna

