

# БУДЬ ЛАСКА, ЗАПОВНІТЬ ФОРМУЛЯР ДРУКОВАНИМИ ЛІТЕРАМИ (ЗАПОВНЮЄ ПАЦІЄНТ АБО ОПІКУН)

ІМ'Я: IMIĘ	ПРИЗВИЩЕ NAZWISKO
ДАТА НАРОДЖЕННЯ: ____ - ____ - ____ (data urodzenia)	СТАТЬ: <input type="checkbox"/> Ж <input type="checkbox"/> Ч (Płeć: K / M)
Номер телефону з кодом країни до уповноваженої особи, котра розмовляє польською, або англійською мовою + _____ Numer telefonu osoby upoważnionej do informacji o Pana/Pani stanie zdrowia posługującej się językiem polskim lub angielskim	






**Будь ласка, опишіть свої симптоми Proszę podać aktualne dolegliwości**

<input type="checkbox"/> Слабкість/непритомність Zsłabnięcie/omdlenie	<input type="checkbox"/> Гострий зубний біль Ostry ból zęba
<input type="checkbox"/> Запаморочення Zawroty głowy	<input type="checkbox"/> Болі в животі Ból brzucha
<input type="checkbox"/> Задишка/утруднене дихання Duszność	<input type="checkbox"/> Нудота Nudności
<input type="checkbox"/> Прискорене серцебиття Kołatanie serca	<input type="checkbox"/> Блювання ( <input type="checkbox"/> жовч, <input type="checkbox"/> слина, <input type="checkbox"/> кров – зазначити) Wymioty ( żółć, ślina, krew – podkreślić) зазначити
<input type="checkbox"/> Біль у грудях Ból w klatce piersiowej	<input type="checkbox"/> Пронос Biegunka
<input type="checkbox"/> Гіпертонія (підвищений тиск) Wysokie ciśnienie	<input type="checkbox"/> Запор Zaparcie
<input type="checkbox"/> Порушення мови, ходи, опущений кутик рота Zaburzenia mowy, chodu, opadnięty kącik ust	<input type="checkbox"/> Порушення менструального циклу Zaburzenia miesiączkowania
<input type="checkbox"/> набряки кінцівок Obrzęki kończyn dolnych	<input type="checkbox"/> Порушення сечовипускання Zaburzenia oddawania moczu
<input type="checkbox"/> Кашель Kaszel	<input type="checkbox"/> Статева інфекція Infekcja intymna
<input type="checkbox"/> Біль спини Ból pleców	<input type="checkbox"/> Свербіж/біль статевих органів Świąd/ból narządów płciowych
<input type="checkbox"/> Підвищена температура тіла Podwyższona temperatura ciała	<input type="checkbox"/> Геморой Hemoroidy
<input type="checkbox"/> Нічні поти, втрата маси тіла Nocne poty, utrata masy ciała	<input type="checkbox"/> Артрит Zapalenie stawów
	<input type="checkbox"/> Травма Uraz

**Який тип болю? Jaki jest ból?**

<input type="checkbox"/> Пекучий Piekący	<input type="checkbox"/> Спазматичний Skurczowy
<input type="checkbox"/> Тиснучий Gniotący	<input type="checkbox"/> Рецидивуючий Nawracający
<input type="checkbox"/> Колючий Kłujący	<input type="checkbox"/> Постійний Ciągły
<input type="checkbox"/> Пронизливий Przeszywający	

**Як сильно болить? Skala bólu**

				
<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

**Психічні розлади Zdrowie psychiczne**

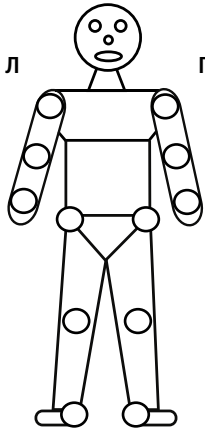
<input type="checkbox"/> Тривога Lęk
<input type="checkbox"/> Депресія Depresja
<input type="checkbox"/> Невроз Nerwica

**БІЛЬ ВІЛ**

Щось болить? Czy coś boli?

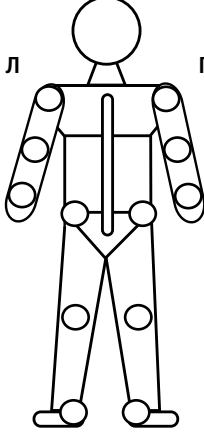
ТАК (дивіться ліворуч) TAK (p. na lewo)

НІ NIE



Л П

ПЕРЕД



Л П

ЗАД

<b>(1) Актуальні / (2) Перенесені хвороби будь ласка, відмітьте 1 або 2 (1) Aktualne / (2) Przebyte choroby proszę zaznaczyć 1 albo 2</b>		
<input type="checkbox"/> Хвороби серця Choroby serca	1	2
<input type="checkbox"/> Порушення серцевого ритму Zaburzenia rytmu serca	1	2
<input type="checkbox"/> Інфаркт міокарду Zawał serca	1	2
<input type="checkbox"/> Порок серця Wada serca	1	2
<input type="checkbox"/> Артеріальна гіпертензія Nadciśnienie tętnicze	1	2
<input type="checkbox"/> Атеросклероз Miażdżycza	1	2
<input type="checkbox"/> Астма/ХОЗЛ (хронічне обтураційне захворювання легень) Astma/POChP	1	2
<input type="checkbox"/> Цукровий діабет Cukrzyca	1	2
<input type="checkbox"/> Хвороби шлунково-кишкового тракту: виразка шлунка, панкреатит, гепатит Choroby przewodu pokarmowego: wrzody żołądka, zapalenie trzustki, zapalenie wątroby	1	2
<input type="checkbox"/> Епілепсія Padaczka	1	2
<input type="checkbox"/> Інсульт Udar mózgu	1	2
<input type="checkbox"/> Щитовидна залоза: гіпертиреоз (1), гіпотиреоз (2) Tarczycza: nadczynność (1), niedoczynność (2)	1	2
<input type="checkbox"/> Порушення згортання крові Zaburzenia krzepnięcia krwi	1	2
<input type="checkbox"/> Захворювання нирок Choroba nerek	1	2
<input type="checkbox"/> Інфекційні захворювання Choroby zakaźne	1	2
<input type="checkbox"/> СНІД AIDS	1	2
<input type="checkbox"/> Туберкульоз Gruźlica	1	2
<input type="checkbox"/> Захворювання опорно-рухової системи Choroby układu kostnego	1	2
<input type="checkbox"/> Вірусний гепатит А, В, С, D, Е WZW typu A, B, C, D, E	1	2
<input type="checkbox"/> Ревматичні хвороби Reumatologiczne choroby	1	2

<b>Хвороби в родині Choroby występujące w rodzinie</b>	
<input type="checkbox"/> Онкологічні Onkologiczne	
<input type="checkbox"/> Підвищений тиск Nadciśnienie tętnicze	
<input type="checkbox"/> Інфаркт міокарду Zawał mięśnia sercowego	
<input type="checkbox"/> Інсульт Udar mózgu	

<b>Які ліки ви приймаєте постійно чи періодично? Jakie leki przyjmuje Pan/Pani stale lub okresowo?</b>	
<input type="checkbox"/> Ліки для серця Leki na serce	
<input type="checkbox"/> Ліки від тиску Leki na nadciśnienie	
<input type="checkbox"/> Ліки при діабеті: таблетки/інсулін Leki na cukrzycę: tabletki/insulina	
<input type="checkbox"/> Ліки від астми/хвороби легень Leki na astmę/choroby płuc	
<input type="checkbox"/> Знеболювальні ліки Leki przeciwbólowe	
<input type="checkbox"/> Ліки від епілепсії Leki przeciwpadaczkowe	
<input type="checkbox"/> Заспокійливі ліки Leki uspokajające	
<input type="checkbox"/> Психіатричні ліки Leki psychiatryczne	
<input type="checkbox"/> Антибіотики протягом останніх 3-х місяців Antybiotyki w ciągu ostatnich 3 miesięcy	

<b>Алергія Alergie/Uczulenia</b>	
<input type="checkbox"/> Знеболювальні ліки Leki przeciwbólowe	
<input type="checkbox"/> Антибіотики Antybiotyki	
<input type="checkbox"/> Інші ліки – які? Inne leki – jakie?	
<input type="checkbox"/> Інша алергія: Inne uczulenia	

<b>Онкологічні захворювання Choroby onkologiczne</b>	
<input type="checkbox"/> шлунок żołądek	
<input type="checkbox"/> товстий кишечник jelito grube	
<input type="checkbox"/> жіночі органи narządy kobiece	
<input type="checkbox"/> молочна залоза pierś	
<input type="checkbox"/> щитовидна залоза tarczycza	
<input type="checkbox"/> гематологія hematologiczne	
<input type="checkbox"/> інше inne	
<b>Чи у Вас розпочата хімотерапія або променева терапія? Czy Pan/Pani jest w trakcie chemio- lub radioterapii?</b>	<input type="checkbox"/> ТАК TAK <input type="checkbox"/> НІ NIE

<b>Шкідливі звички Używki</b>	<b>ТАК / TAK</b>	<b>НІ / NIE</b>
Алкоголь Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ви нещодавно вживали алкоголь? Czy ostatnio pił/a Pan/Pani alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Наркотичні препарати Narkotyki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ви нещодавно вживали наркотики/психотропні препарати? Czy ostatnio zażywał/a narkotyki/środki psychoaktywne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Паління цигарок, якщо Palenie papierosów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
так, то скільки років _____ скільки цигарок в день _____ jeśli tak to ile lat _____ ile papierosów dziennie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>ТАК / TAK</b>	<b>НІ / NIE</b>
<b>Чи Ви вагітна? Czy może Pani być w ciąży?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Чи хворіли Ви на COVID-19? Czy chorował/a Pan/Pani na COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Чи Ви маєте щеплення проти COVID-19? Czy szczepił/a się Pan/Pani przeciwko COVID-19?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Чи Ви маєте щеплення проти гепатиту В? Czy szczepił/a się Pan/Pani przeciwko WZW typu B?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**О котрій годині Ви щось їли чи пили?.....**  
O której godzinie coś Pan/Pani jadł/a lub pił/a?