

# КАРТКА ДО КОНТАКТУ З ПАЦІЄНТЕМ

ІМ'Я:  ПРІЗВИЩЕ:  ВІК:  ДАТА НАРОДЖЕННЯ:

## ЯК ТИ СЕБЕ ПОЧУВАЄШ? [ТИ] [ЗАРАЗ] [ПОЧУВАТИСЬ] [ЯК]?

1  <input type="checkbox"/> КАШЕЛЬ	2  <input type="checkbox"/> НЕЖИТЬ/ЧХАННЯ	3  <input type="checkbox"/> БІЛЬ У ГОРЛІ	4  <input type="checkbox"/> ГАРЯЧКА	5  <input type="checkbox"/> ОЗНОБ/ХОЛОДНО
7  <input type="checkbox"/> ДІАРЕЯ (ПРОНОС)	8  <input type="checkbox"/> ЗАКРЕП (ЗАПОР)	9  <input type="checkbox"/> БЛЮВАННЯ	10  <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ (СЕЧОВИПУСКАННЯ) ПРОБЛЕМА	11  <input type="checkbox"/> ТРАВМА
12  <input type="checkbox"/> ВТОМА	13  <input type="checkbox"/> ЗАПАМОРОЧЕННЯ/ЗНЕПРИТОМНЕННЯ	14  <input type="checkbox"/> ПРОБЛЕМИ ЗІ СНОМ	15  <input type="checkbox"/> СМУТОК	16  <input type="checkbox"/> ЗНЕРВОВАНІСТЬ
17  <input type="checkbox"/> СЕРЦЕ Б'ЄТЬСЯ СИЛЬНО/НЕРІВНОМІРНО	18  <input type="checkbox"/> ВИСОКИЙ ТИСК	19  <input type="checkbox"/> АЛЕРГІЯ/СЕНСИБІЛІЗАЦІЯ	20  <input type="checkbox"/> ДИХАТИ ПРОБЛЕМА	21  <input type="checkbox"/> БІЛЬ

ВПИШИ ІНШЕ:

## З ЧИМ У ТЕБЕ ЗАРАЗ ПРОБЛЕМА? ТИ /ХВОРИЙ/ ЯК ВИГЛЯДАТИ?

 <input type="checkbox"/> ОБЛИЧЧЯ	 <input type="checkbox"/> РОТ	 <input type="checkbox"/> ОЧИ	 <input type="checkbox"/> ПЕЧІНКА	 ЛІВА ПРАВА ЗАД	 <input type="checkbox"/> КІСТКИ
 <input type="checkbox"/> ГОЛОВНИЙ МОЗОК	 ПРАВА ЛІВА ПЕРЕД	 <input type="checkbox"/> НІС	 <input type="checkbox"/> ПІДШЛУНКОВА ЗАЛОЗА		 <input type="checkbox"/> НИРКИ
 <input type="checkbox"/> СЕРЦЕ		 <input type="checkbox"/> ВУХО	 <input type="checkbox"/> ШЛУНОК		 <input type="checkbox"/> ХРЕБЕТ
 <input type="checkbox"/> ЛЕГЕНІ		 <input type="checkbox"/> КИШКІВНИК	 <input type="checkbox"/> ПІХВА	 <input type="checkbox"/> ПЕНІС	 <input type="checkbox"/> АНУС

 ТАК	 НІ	 РОЗУМІТИ	 НЕ РОЗУМІТИ	 ЗГОДА	 НЕМАЄ ЗГОДИ	 НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
---------	--------	--------------	-----------------	-----------	-----------------	---

# КОЛИ ПОЧАЛАСЯ ХВОРОБА? [ТИ] [ХВОРОБА] [ПОЧАТОК] [БУВ] [КОЛИ?]

НЕДІЛЯ     СУБОТА     П'ЯТНИЦЯ     ЧЕТВЕР     СЕРЕДА     ВІТРОК     ПОНЕДІЛОК     ВЧОРА     СЬОГОДНІ     ЗАРАЗ

ДАТА?     ГОДИНА?

## ЯК ЧАСТО МАЄШ СИМПТОМИ ЗАХВОРЮВАННЯ? [ТИ ХВОРИЙ] [ЯК ЧАСТО] [СКІЛЬКИ РАЗІВ]

 <input type="checkbox"/> РАЗ НА ДЕНЬ	 <input type="checkbox"/> КІЛЬКА РАЗІВ НА ДЕНЬ СКІЛЬКИ <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> ЦІЛИЙ ДЕНЬ	 <input type="checkbox"/> РАЗ НА МІСЯЦЬ	 <input type="checkbox"/> КІЛЬКА РАЗІВ НА МІСЯЦЬ СКІЛЬКИ <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> ЦІЛИЙ МІСЯЦЬ
--	---	---	--	---	---

ЩОДЕННО

НЕДІЛЯ     ПОНЕДІЛОК     ВІТРОК     СЕРЕДА     ЧЕТВЕР     П'ЯТНИЦЯ

КІЛЬКА НА ТИЖДЕНЬ    скільки

## ЩО ТИ РОБИВ, КОЛИ ПОЧАЛАСЯ ХВОРОБА? [ТИ] [ХВОРОБА] [ПОЧИНАТИ] [ТИ]? [РОБИТИ] [ЩО?]

 <input type="checkbox"/> ЇЖА	 <input type="checkbox"/> СОН	 <input type="checkbox"/> ПРАЦЯ	 <input type="checkbox"/> НЕРВИ	 <input type="checkbox"/> НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК НА РОБОТІ
 <input type="checkbox"/> АЛКОГОЛЬ	 <input type="checkbox"/> ЛІКИ	 <input type="checkbox"/> ХОЛОДНА ТЕМПЕРАТУРА	 <input type="checkbox"/> ГАРЯЧА ТЕМПЕРАТУРА	

ВПИШИ ІНШЕ:

## ЯК ЗМІНЮЄТЬСЯ ХВОРОБА? [ВИ] [ХВОРОБА] [ЗМІНА] [ЯК] [ВИГЛЯДАЄ?]

 <input type="checkbox"/> ПОСТІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ	 <input type="checkbox"/> ХВОРОБА, ЯКА ПОСИЛЮЄТЬСЯ	 <input type="checkbox"/> МІНЛИВЕ ЗАХВОРЮВАННЯ
--	---	---

## НАСКІЛЬКИ СИЛЬНИЙ ТВІЙ БІЛЬ [ТИ] [БІЛЬ] [СИЛЬНО] [СЛАБКО] [ЯК?]

 <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
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

## ЯКИЙ ТИ МАЄШЬ БІЛЬ? [ТИ] [БІЛЬ] [ЯК ВИГЛЯДАЄ?]

 <input type="checkbox"/> ПЕКУЧИЙ	 <input type="checkbox"/> КОЛЮЧИЙ	 <input type="checkbox"/> СТИСКАЮЧИЙ
 <input type="checkbox"/> ІРРАДІЮЮЧИЙ	 <input type="checkbox"/> НАСКРІЗНИЙ	 <input type="checkbox"/> ПУЛЬСУЮЧИЙ

## ТИ ПРИЙМАВ ЯКІСЬ ЛІКИ? [ТИ] [БУЛО] [ЇСТИ] [ЛІКИ?]

НАЗВА:



ТАК     НІ





## ЧИ ТОБІ СТАЛО КРАЩЕ ПІСЛЯ ПРИЙОМУ ЛІКІВ? [ТИ] [ЇСТИ] [ЛІКИ] - [ПІСЛЯ] [СТАЛО] [ПОЧУВАТИСЬ] [КРАЩЕ?]

ТАК     НІ

<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> РОЗУМІТИ	<input type="checkbox"/> НЕ РОЗУМІТИ	<input type="checkbox"/> ЗГОДА	<input type="checkbox"/> НЕМАЄ ЗГОДИ	<input type="checkbox"/> НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--

# ГОЛОВА, ОРГАНИ ЧУТТЯ ТА ПСИХІКА




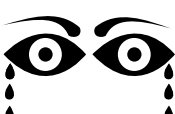

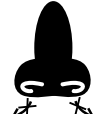
**ДЕ ТЕБЕ БОЛИТЬ ГОЛОВА?**  
[ТИ] [ГОЛОВА] [БОЛИТЬ] [ДЕ]?

 <input type="checkbox"/> ПЕРЕД	 <input type="checkbox"/> ВЕРХ	 <input type="checkbox"/> ЗАД	 <input type="checkbox"/> ЗБОКУ
---	--	---	---

**ЯКІ У ТЕБЕ СИМПТОМИ?**  
[ЩО ВІДБУВАЄТЬСЯ]?

 <input type="checkbox"/> ВТОМА	 <input type="checkbox"/> СМУТОК	 <input type="checkbox"/> ПРОБЛЕМИ СОН	 <input type="checkbox"/> НЕРВИ
 <input type="checkbox"/> ЗАБУВАТИ	 <input type="checkbox"/> АЛКОГОЛЬ ПИТИ БАГАТО		

**ЯКІ У ТЕБЕ СИМПТОМИ?**  
[ЩО ВІДБУВАЄТЬСЯ]?



 ТИ МАЄШ ОКУЛЯРИ? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ	 <input type="checkbox"/> БАЧИТИ ПОГАНО	
 <input type="checkbox"/> БАЧИТИ ПОДВІЙНО	 <input type="checkbox"/> БАГАТО СЛІЗ	 <input type="checkbox"/> СУХЕ ОКО
 <input type="checkbox"/> КРОВ З НОСА	 <input type="checkbox"/> ДИХАТИ НІС ПРОБЛЕМА	 <input type="checkbox"/> НЕ ВІДЧУВАТИ ЗАПАХ

## ШЛУНКОВО-КИШКОВИЙ ТРАКТ

 <input type="checkbox"/> НЕ ХОТІТИ ЇСТИ	 <input type="checkbox"/> ХОТІТИ БАГАТО ЇСТИ	 <input type="checkbox"/> ПЕЧІЯ	 <input type="checkbox"/> ЗДУТТЯ	 <input type="checkbox"/> БІЛЬ ЇСТИ		
 <input type="checkbox"/> БЛЮВАННЯ	<input type="checkbox"/> КРОВ БУЛА? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ СКІЛЬКИ РАЗІВ?: <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> НУДОТА	 <input type="checkbox"/> ЗАПОР	 <input type="checkbox"/> ГЕМОРОЙ/КРОВ З АНАЛЬНОГО ОТВОРУ	 <input type="checkbox"/> ПРОНОС	<input type="checkbox"/> КРОВ БУЛА? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ ПРОНОС СКІЛЬКИ РАЗІВ?: <input type="text"/> ПРОНОС ЯКИЙ КОЛІР?: <input type="text"/>

## СЕЧОСТАТЄВА СИСТЕМА

 СЕЧА ЯК ВИГЛЯДАЄ? КОЛІР: НОРМАЛЬНИЙ <input type="checkbox"/> ІНШИЙ <input type="text"/> ЗАПАХ: НОРМАЛЬНИЙ <input type="checkbox"/> ІНШИЙ <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ БАГАТО/ЧАСТО	 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ МАЛО	 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ БІЛЬ	 <input type="checkbox"/> НЕ ПІСЯТИ
 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ ВНОЧІ	 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ РАПТОВО ТРЕБА	 <input type="checkbox"/> ПІСЯТИ НЕ ВТРИМАТИ	 <input type="checkbox"/> СЕКС ПРОБЛЕМА	

<input type="checkbox"/> ТАК	<input type="checkbox"/> НІ	<input type="checkbox"/> РОЗУМІТИ	<input type="checkbox"/> НЕ РОЗУМІТИ	<input type="checkbox"/> ЗГОДА	<input type="checkbox"/> НЕМАЄ ЗГОДИ	 →  PJM SJM НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	---

## ЕНДОКРИННА СИСТЕМА

<input type="checkbox"/> ВАГА БІЛЬШЕ	<input type="checkbox"/> ВАГА МЕНШЕ	<input type="checkbox"/> НЕРВИ	<input type="checkbox"/> ВТОМА	<input type="checkbox"/> БАГАТО ПИТИ
<input type="checkbox"/> ПІСЯТИ БАГАТО/ ЧАСТО	<input type="checkbox"/> ВИПАДАТИ ВОЛОСЯ	<input type="checkbox"/> БАГАТО ПОТІТИ	<input type="checkbox"/> ХОЛОДНО	

## ДИХАЛЬНА СИСТЕМА

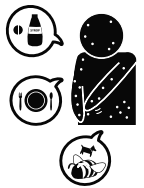
<input type="checkbox"/> КАШЕЛЬ СУХИЙ	<input type="checkbox"/> КАШЕЛЬ МОКРИЙ (ХАРКОТИННЯ)	КРОВ БУЛА? <input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ СКІЛЬКИ РАЗІВ?: <input type="text"/> ХАРКОТИННЯ ЯКИЙ КОЛІР? <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ДИХАТИ ПРОБЛЕМА		

## СИСТЕМА КРОВООБИГУ

<input type="checkbox"/> БІЛЬ	<input type="checkbox"/> ВИСОКИЙ ТИСК	<input type="checkbox"/> СЕРЦЕ Б'ЄТЬСЯ СИЛЬНО/НЕРІВНО	<input type="checkbox"/> ШВИДКЕ СЕРЦЕБИТТЯ	<input type="checkbox"/> ПОВІЛЬНЕ СЕРЦЕБИТТЯ
<input type="checkbox"/> ОПУХЛІСТЬ НІГ	<input type="checkbox"/> ХОЛОДНІ НОГІ І РУКИ	<input type="checkbox"/> БІЛЬ ХОДИТИ	<input type="checkbox"/> ВАРИКОЗ	

## ІНШЕ

<input type="checkbox"/> ПОТІТИ НІЧ	<input type="checkbox"/> ГРУДИ ПУХЛИНА	<input type="checkbox"/> МОЛОКО/РІДИНА/ КРОВ З ГРУДЕЙ
<input type="checkbox"/> ЯЄЧКО ПУХЛИНА	<input type="checkbox"/> ПЕРЕЦЬ РОСТЕ БІЛЬ/ ЗМІНИ ВИГЛЯДУ	



У ТЕБЕ Є АЛЕРГІЯ?  
[АЛЕРГІЮ МАЄШ?]

ТАК  НІ

ВПИШИ  
НАЗВА:



ЧИ ТИ ВАГІТНА?  
[ВАГІТНІСТЬ ТИ?]

ТАК  НІ

МІСЯЦЬ ЯКИЙ?:



ІНШИЙ ЛІКАР  
ХОДИШ ТИ?

ТАК  НІ

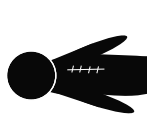
ВПИШИ:



ЛІКАРНЯ БУЛА?

ТАК  НІ

ВПИШИ НАЗВА:



ОПЕРАЦІЯ БУЛА?

ТАК  НІ

ЧОМУ ВПИШИ:



ПИВ АЛКОГОЛЬ ТИ?

ТАК  НІ

ПИВО

СКІЛЬКИ ?  ТИЖЕНЬ

ВИНО

СКІЛЬКИ ?  ТИЖЕНЬ

ГОРІЛКА

СКІЛЬКИ ?  ТИЖЕНЬ



ЖИВЕШ З КИМ?

САМ

З РОДИНОЮ

ХВОРОБИ ТВОЄЇ РОДИНИ?

МАТИ/  
БАТЬКО:

ДІТИ:

БРАТ:

СЕСТРА:



ТИ ПРИЙМАВ НАРКОТИКИ/  
ДИЗАЙНЕРСЬКІ НАРКОТИКИ?

ТАК  НІ

НАЗВА ЯКІ:

СКІЛЬКИ РАЗІВ?



КУРИТИ ТИ?

ТАК  НІ

ВІК ПОЧАТОК:

СКІЛЬКИ ?  ДЕНЬ



ТАК



НІ



РОЗУМІТИ



НЕ РОЗУМІТИ



ЗГОДА



НЕМАЄ  
ЗГОДИ





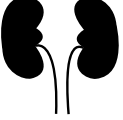
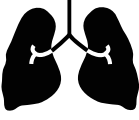






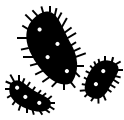





НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ



PJM SJM

**ЯКІ У ТЕБЕ ЗАХВОРЮВАННЯ?  
ТИ] [ХВОРИЙ] [ЯК ВИГЛЯДАТИ]?**

 <input type="checkbox"/> ШЛУНОК	 <input type="checkbox"/> ПІДШЛУНКОВА ЗАЛІЗА	 <input type="checkbox"/> ПЕЧІНКА	 <input type="checkbox"/> ГОЛОВНИЙ МОЗОК	 <input type="checkbox"/> НИРКИ	 <input type="checkbox"/> ЛЕГЕНІ
 <input type="checkbox"/> СЕРЦЕ	 <input type="checkbox"/> КИШІВНИК	 <input type="checkbox"/> ВЕНИ І КРОВ	 <input type="checkbox"/> РАК/ НОВОУТВОРЕННЯ	 <input type="checkbox"/> ЕПІЛЕПСІЯ/ СУДОМИ	 <input type="checkbox"/> АСТМА/ХОЗЛ
 <input type="checkbox"/> БАКТЕРІЇ/ ВІРУСИ	 <input type="checkbox"/> ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ/ ВИСОКИЙ ЦУКОР	 <input type="checkbox"/> ТИСК	 <input type="checkbox"/> КІСТКИ	ЯКІ У ТЕБЕ ІНШІ ЗАХВОРЮВАННЯ? [ТИ] [ЗАХВОРЮВАННЯ] [ІНШІ] [ЯК_ВИГЛЯДАТИ]?	

**ЯКІ ТИ ПРИЙМАЄШ ЛІКИ?  
[ТИ] [ЛІКИ] [ЇСТИ] [ЯКІ]?**




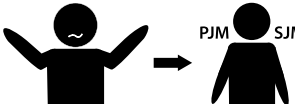
 <input type="checkbox"/> СЕРЦЕ	 <input type="checkbox"/> ТИСК	 <input type="checkbox"/> ЕПІЛЕПСІЯ/СУДОМИ	 <input type="checkbox"/> АСТМА/ХОЗЛ
 <input type="checkbox"/> ДЕПРЕСІЯ/ ПСИХІАТР	 <input type="checkbox"/> ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ/ ВИСОКИЙ ЦУКОР	 <input type="checkbox"/> ВЕНИ І КРОВ	 <input type="checkbox"/> БІЛЬ

ВПИШИ НАЗВИ ЛІКІВ

**ТИ ПОГОДЖУЄШЯ НА ОБСТЕЖЕННЯ?  
[ТИ] [ОБСТЕЖЕННЯ] [ЗГОДА]?**

ТАК  НІ

 БУДЬ ЛАСКА РОЗДЯГНИСЬ	 ДИХАЙ ГЛИБОКО	 ЛЯЖ	 ДОСЛІДЖЕННЯ ТИСКУ	 ЕКГ
 ОЧІ ВІДКРИЙ/ЗАКРИЙ	 ОГЛЯД ВУХА	 ВІДКРИТИ РОТ	 ОБСТЕЖЕННЯ АНАЛЬНИЙ ОТВІР	

 ТАК	 НІ	 РОЗУМІТИ	 НЕ РОЗУМІТИ	 ЗГОДА	 НЕМАЄ ЗГОДИ	 НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
--	---	---	--	--	--	--

**ТОБІ ПОТРІБНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**  
**[ТИ] [МУСИТИ] [ЗРОБИТИ] [ДОСЛІДЖЕННЯ] [ІНШІ]**

НЕ ЇДЯТЬ!	НЕ ПИЙ!	ЛІКИ ВЖИВАЙ ЯК ЗАЗВИЧАЙ	ІНСУЛІН НЕ ПРИЙМАТИ!	7 РАНКУ	АНАЛІЗ КРОВІ	АНАЛІЗ СЕЧІ	АНАЛІЗ КАЛУ
-----------	---------	----------------------------	----------------------	---------	--------------	-------------	-------------

**🏠 ВІЗЬМИ З ДОМУ:**

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



**ТОБІ ПОТРІБНІ ДОСЛІДЖЕННЯ**  
**[ТИ] [МАЄШ] [ЗРОБИТИ] [ДОСЛІДЖЕННЯ] [ІНШІ]**

УЗД	КОЛОНОСКОПІЯ	РЕНТГЕН	МАМОГРАФІЯ	ГАСТРОСКОПІЯ
-----	--------------	---------	------------	--------------

**РЕКОМЕНДАЦІЇ**

ДНІ ЗАЛИШАЙСЯ В ЛІЖКУ	АЛКОГОЛЬ СТОП	СИГАРЕТИ СТОП	ВПРАВИ	ЦУКОР ЗАПИСУЙ	ТИСК ЗАПИСУЙ	ДАТА [ ][ ][ ][ ][ ][ ] ГОДИНА [ ][ ] [ ][ ] ПОВЕРНИСЬ КОНТРОЛЬ
ПРИНЕСИ ДОКУМЕНТИ ЛІКАРНЯ	ПРИНЕСИ НАЗВИ ЛІКІВ	ПРИНЕСИ ЗАПИС ТИСК/ ЦУКОР	ТРЕБА ЇХАТИ ЛІКАРНЯ ЧЕКАЙ	ДАТА [ ][ ][ ][ ][ ][ ] ГОДИНА [ ][ ] [ ][ ] ПРИЙТИ УКОЛ ПОЛІКЛІНІКА	МЕДСЕСТРА БУДЕ УКОЛ У ТВІЙ ДІМ	ЛІКАРНЯНИЙ

**РЕЦЕПТ**

НАЗВА						
ГОДИНА						
ГОДИНА						
ГОДИНА						
ГОДИНА						

**ІНШИЙ ЛІКАР НАПРАВЛЕННЯ:**  
**[Я ДАМ ТОБІ] [НАПРАВЛЕННЯ] [ІНШИЙ] [ЛІКАР]:**

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> КАРДІОЛОГ | <input type="checkbox"/> ПСИХІАТР        |
| <input type="checkbox"/> ХІРУРГ    | <input type="checkbox"/> ПУЛЬМОНОЛОГ     |
| <input type="checkbox"/> ОНКОЛОГ   | <input type="checkbox"/> ГАСТРОЕНТЕРОЛОГ |
| <input type="checkbox"/> НЕФРОЛОГ  | <input type="checkbox"/> НЕВРОЛОГ        |
| <input type="checkbox"/> ЛІКАРНЯ   | <input type="checkbox"/> ДЕРМАТОЛОГ      |

ТАК	НІ	РОЗУМІТИ	НЕ РОЗУМІТИ	ЗГОДА	НЕМАЄ ЗГОДИ	НЕ РОЗУМІТИ ПОТРІБЕН ПЕРЕКЛАДАЧ ЖЕСТОВОЇ МОВИ
-----	----	----------	-------------	-------	-------------	---