Załącznik nr 1 do Procedury przyjaznej obsługi pacjentów ze szczególnymi potrzebami, związane z przyjęciem w trybie nagłym w SCM Sp. z. o. o z siedzibą w Kup z dnia 01.10.2022

[PJM]*

KARTA KOMUNIKACJI Z OSOBĄ GŁUCHĄ

IMIĘ:

NAZWISKO:

WIEK:

DATA URODZENIA:

DATA DZISIAJ:

NAZWA DZISIEJSZEGO DNIA
[NAZWA] [DNIA] [DZISIAJ]

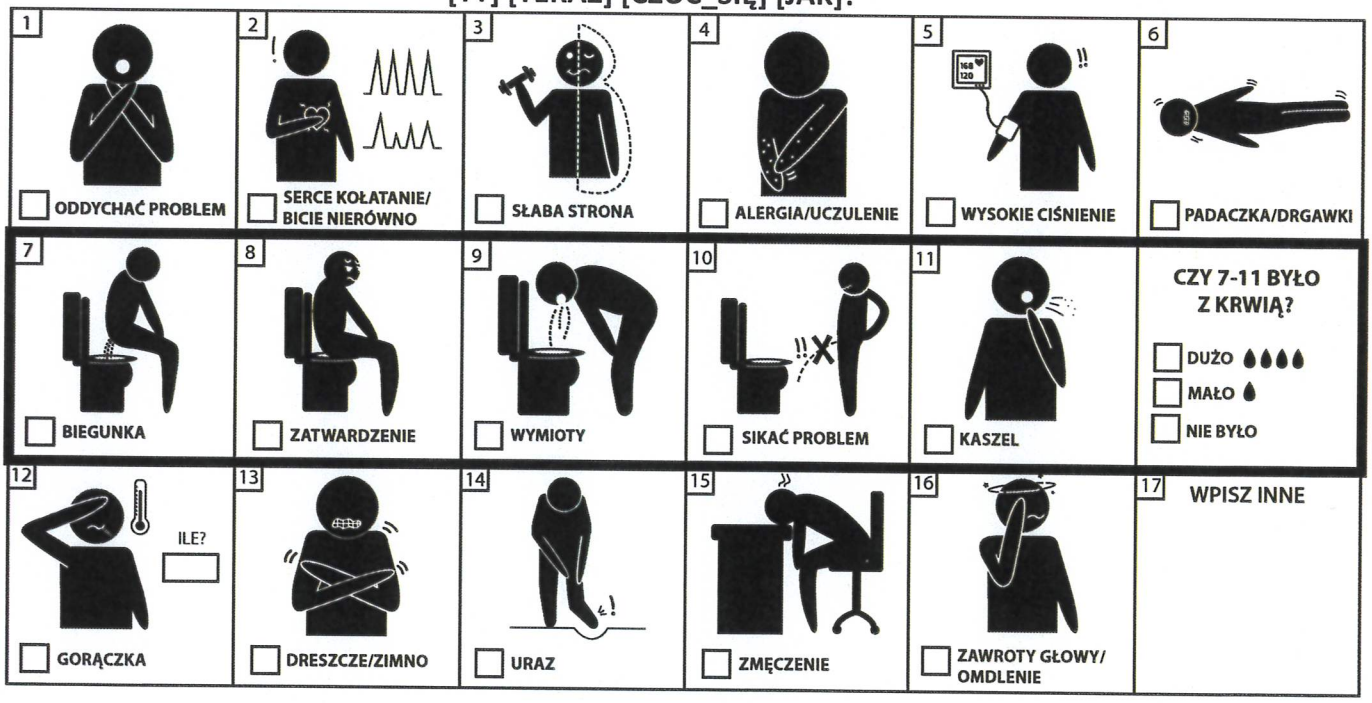
2+3=

GDZIE TERAZ JESTEŚ?
[TERAZ] [TY] [GDZIE]?

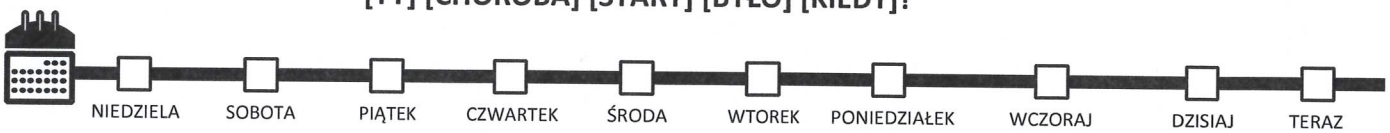
POLICZ ILE JEST KWADRATÓW
[KWADRAT] [ILE]?

ILE?

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



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



GODZINA?

CO SIĘ STAŁO?

[CO_SIĘ_STAĆ]?

 ☐ WYPADEK	 ☐ POTRĄCIĆ	 ☐ DYM/OPARY/OGIEŃ	 ☐ URAZ
 ☐ PRZYGNIEŚĆ	 ☐ PRĄD KOPNĄĆ	 ☐ OBLANIE PŁYNEM	 ☐ WYPADEK PRACA

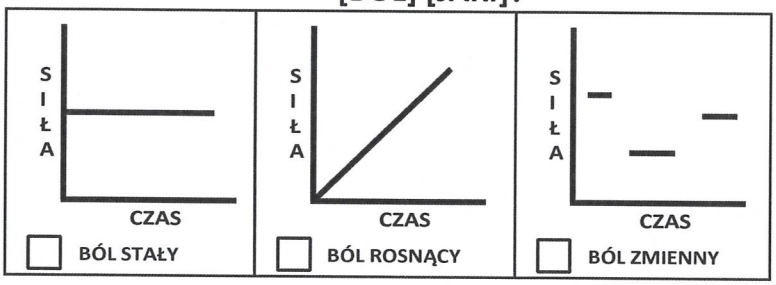
CZY COŚ CIĘ BOLI?

[MASZ] [TY] [BÓL]?

☐ TAK ☐ NIE

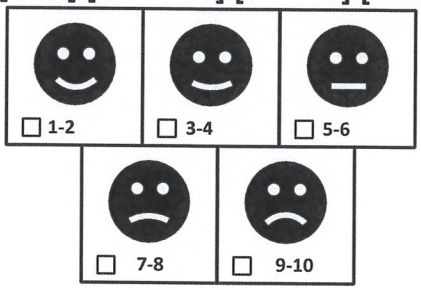
JAKI JEST TWÓJ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?

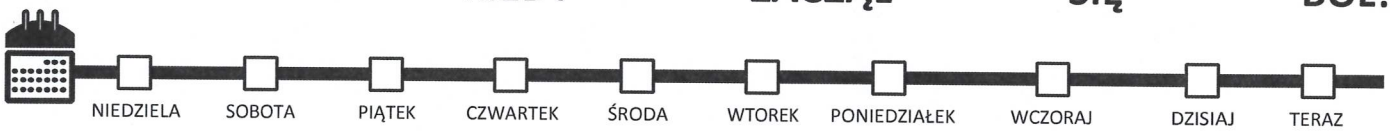


JAK SILNY MASZ BÓL?

[TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?



KIEDY ZACZĄŁ SIĘ BÓL?

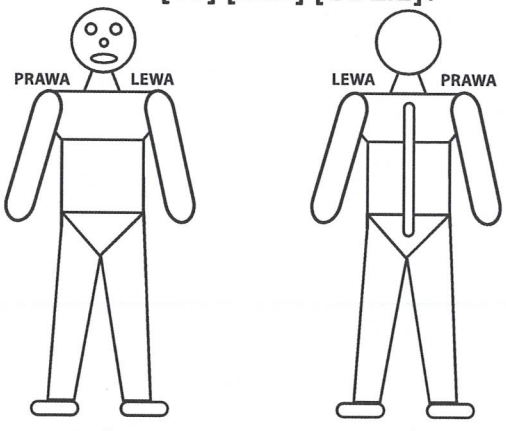


GODZINA? _____

[BÓL] [START] [KIEDY]?

GDZIE CIĘ BOLI?

[TY] [BÓL] [GDZIE]?



JAKI TY MASZ BÓL?

[BÓL] [JAKI]?

CZY TY MASZ ALERGIĘ?

[ALERGIĘ] [MASZ]?

☐ TAK ☐ NIE

☐ ZWIERZĘTA	☐ LEKI	☐ JEDZENIE
[JAKIE]?	[JAKIE]?	[JAKIE]?

CZY JESTEŚ W CIĄŻY?

[CIĄŻA] [TY]?

☐ TAK ☐ NIE

[MIESIĄC] [KTÓRY]?

CZY BRAŁEŚ NARKOTYK/ DOPALACZE?

[NARKOTYKI] [DOPALACZE] [BYŁO]?

☐ TAK ☐ NIE

[KIEDY] [JAKIE] [BYŁO]?

PIŁEŚ ALKHOL?

[ALKOHOL] [BYŁO]?

☐ TAK ☐ NIE

[KIEDY] [BYŁO]?

JAKIE MASZ CHOROBY?

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

☐ ŻOŁĄDEK	☐ TRZUSTKA	☐ WĄTROBA	☐ MÓZG	☐ NERKI	☐ PŁUCA
☐ SERCE	☐ JELITA	☐ ŻYŁY I KREW	☐ RAK/NOWOTWÓR	☐ PADACZKA/DRGAWKI	☐ ASTMA/POChP
☐ BAKTERIE/WIRUSY	☐ CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	☐ CIŚNIENIE	☐ KOŚCI	JAKIE MASZ INNE CHOROBY? [TY] [CHORY] [INNE] [CO]?	

JAKIE BIERZESZ LEKI?

[TY] [LEKI] [JEŚĆ] [JAKIE]?

WPISZ NAZWY LEKÓW
[NAZWA]
[LEKI][JAKIE?]

KIEDY OSTATNIO JADŁEŚ?

[TY] [JEŚĆ] [KIEDY]?

NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK WCZORAJ DZISIAJ TERAZ

GODZINA?

KIEDY OSTATNIO PIŁEŚ?

[TY] [PIĆ] [KIEDY]?

NIEDZIELA SOBOTA PIĄTEK CZWARTEK ŚRODA WTOREK PONIEDZIAŁEK WCZORAJ DZISIAJ TERAZ

GODZINA?

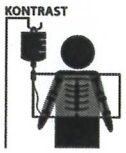
CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA SZPITAL?
[TY] [ZGODA] [ZOSTAĆ] [SZPITAL]?
☐ TAK ☐ NIE

CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE LEKÓW?
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [LEKI]?
☐ TAK ☐ NIE

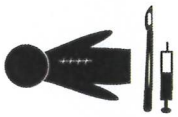
CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA OTRZYMANIE ZASTRZYKÓW?
[TY] [ZGODA] [OTRZYMAĆ] [ZASTRZYK]?
☐ TAK ☐ NIE

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]
☐