

Контрольний список тривожної валізи для лікарні

Документи

- Медична карта (додається)
- Копія посвідчення особи: посвідчення водія тощо
- Копія картки медичного страхування
- Копія попереднього розпорядження або довіреності
- Документ з інформацією про догляд за домашніми тваринами (додається)

Предмети побуту

- Футляр для зубних протезів
- Допоміжний пристрій (за необхідності)
- Улюблена книга
- Скрабл, sudoku, ігри
- Мобільний телефон, планшет і зарядні пристрої
- Папір і ручка
- Фотографія близьких людей
- Предмет побуту з дому
- Нековзні капці/взуття без шнурків

Додаткові речі

- Додаткова сорочка, штани та білизна
- Запасні ключі від будинку
- Запасні слухові апарати з акумуляторами
- Запасна пара окулярів або контактних лінз
- Продукти харчування (за необхідності)
- Пляшка для води багаторазового використання



Петля на ручку, що роздруковується

Роздрукуйте та виріжте ножицями.
Прикріпіть до тривожної валізи для лікарні.



Власник: _____



Тривожна валіза для лікарні



Містить важливі медичні засоби — Тримайте біля власника



Власник: _____



Тривожна валіза для лікарні



Містить важливі медичні засоби — Тримайте біля власника



Власник: _____



Тривожна валіза для лікарні



Містить важливі медичні засоби — Тримайте біля власника


Медична карта

Інформація про пацієнта		Бажана мова:		
Ім'я, прізвище:		Дата народження:		Стать:
Адреса		Телефон		
Контакт для екстрених ситуацій № 1				
Ім'я, прізвище		Ким доводиться	Телефон	
Контакт для екстрених ситуацій № 2				
Ім'я, прізвище		Ким доводиться	Телефон	
Контакт для екстрених ситуацій № 3				
Ім'я, прізвище		Ким доводиться	Телефон	
Інформація про страхування				
Страхова компанія		Номер полісу		
Історія хвороби (позначте всі відповідні пункти)				
<input type="checkbox"/> Відомих захворювань немає <input type="checkbox"/> Алергія (на ліки, харчові продукти, навколишнє середовище) <input type="checkbox"/> Анемія <input type="checkbox"/> Тривога <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Переливання крові <input type="checkbox"/> Рак (вказіть вид.....) <input type="checkbox"/> Застійна серцева недостатність <input type="checkbox"/> ХОЗЛ / емфізема <input type="checkbox"/> Депресія <input type="checkbox"/> Діабет (тип 1 / тип 2) <input type="checkbox"/> Епілепсія / судоми <input type="checkbox"/> Кислотний рефлюкс (ГЕРХ) <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Подагра		<input type="checkbox"/> Інфаркт / хвороби серця <input type="checkbox"/> Високий кров'яний тиск (гіпертонія) <input type="checkbox"/> Високий рівень холестерину <input type="checkbox"/> ВІЛ / СНІД <input type="checkbox"/> Захворювання нирок / камені в нирках <input type="checkbox"/> Захворювання печінки / гепатит <input type="checkbox"/> Мігрені <input type="checkbox"/> Остеопороз <input type="checkbox"/> Інсульт <input type="checkbox"/> Зловживання психоактивними речовинами (алкоголь / наркотики) <input type="checkbox"/> Захворювання щитоподібної залози (гіпо- або гіперфункція) <input type="checkbox"/> Туберкульоз <input type="checkbox"/> Виразки		
Інші проблеми зі здоров'ям:				
Лікування / ліки				
Назва	Дозування	Частота	Призначення	Примітки

Лікування / ліки				
Назва	Дозування	Частота	Призначення	Примітки
Обмеження харчового раціону:			Алергія:	
Сімейний анамнез (позначте всі відповідні пункти)				
<input type="checkbox"/> Немає відомостей про сімейний анамнез <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Діабет <input type="checkbox"/> Хвороби серця <input type="checkbox"/> Високий кров'яний тиск <input type="checkbox"/> Високий рівень холестерину			<input type="checkbox"/> Інсульт <input type="checkbox"/> Захворювання щитовидної залози <input type="checkbox"/> Захворювання нирок <input type="checkbox"/> Психічні розлади (депресія, тривога тощо) <input type="checkbox"/> Аутоімунні захворювання <input type="checkbox"/> Інше: _____	
Ім'я, прізвище терапевта, який надає первинну медичну допомогу: Номер телефону та адреса прийому терапевта:			Додаткова інформація про стан здоров'я:	
Операції / процедури (з датами):				
Назва аптеки: Номер телефону аптеки: Адреса аптеки:				

Вкажіть на цій сторінці важливу інформацію про пацієнта, необхідну для медичних працівників:

Інформація про догляд за домашніми тваринами

Ім'я домашньої тварини:		 <p>Додайте фото домашньої тварини тут</p>
Стать:	Вік:	
Порода:		
Забарвлення:		

Інформація про продукти харчування

Вкажіть нижче інформацію щодо продуктів харчування для Вашої домашньої тварини. Включно з маркою продуктів, кількістю та частотою прийому їжі.

Туалет

Вкажіть нижче інформацію щодо туалетних звичок Вашої домашньої тварини.

Додаткова інформація

Вкажіть нижче додаткову інформацію про Вашу домашню тварину, наприклад час перебування на вулиці та (або) ліки. Інформація про ветеринара: ім'я та прізвище, адреса, номер телефону.

Ім'я, прізвище та номер телефону власника домашньої тварини: