

# आकस्मिक चिकित्सा झोलाको चेकलिस्ट

## कागजातहरू

- मेडिकल हिस्ट्रीसम्बन्धी कागजात (समावेश छ)
- पहिचान खुल्ने कागजातको प्रतिलिपि: सवारी चालक अनुमतिपत्र आदि
- स्वास्थ्य बीमा कार्डको प्रतिलिपि
- अग्रिम निर्देशिका वा अख्तियारनामाको प्रतिलिपि
- घरपालुवा जनावरको हेरचाहसम्बन्धी जानकारीको कागजात (समावेश छ)

## सुविधाजनक सामग्रीहरू

- डेन्चरहरू बोक्ने डब्बा
- सहायक उपकरण (लागू हुने भएमा)
- मन पर्ने पुस्तक
- स्क्र्याबल, सुडोकु, गेमहरू
- सेलफोन/आइप्याड/ट्याब्लेट र चार्जरहरू
- पेपर र पेन
- प्रियजनहरूका तस्बिर
- आफूलाई सहज महसुस गराउने घरको सामान
- नचिप्लिने चप्पल/तुना नभएको जुता

## अतिरिक्त सामग्रीहरू

- थप सर्ट, प्यान्ट र भित्री लुगा
- घरको अतिरिक्त चाबी
- ब्याट्रीसहित अतिरिक्त श्रवण यन्त्रहरू
- अतिरिक्त चस्मा वा कन्ट्याक्ट लेन्सहरू
- खाने कुराहरू (लागू हुने भएमा)
- पुनः प्रयोग गर्न मिल्ने पानीको बोतल



# प्रिन्ट गर्न मिल्ने झोलाको लुप

प्रिन्ट गर्नुहोस् र कैंचीले काट्नुहोस्।  
आकस्मिक चिकित्सा झोलामा टाँसुहोस्।



व्यक्तिको नाम: \_\_\_\_\_



## आकस्मिक चिकित्सा झोला



अत्यावश्यक चिकित्सा सामग्रीहरू समावेश छन् - साथमै राख्नुहोला



व्यक्तिको नाम: \_\_\_\_\_



## आकस्मिक चिकित्सा झोला



अत्यावश्यक चिकित्सा सामग्रीहरू समावेश छन् - साथमै राख्नुहोला



व्यक्तिको नाम: \_\_\_\_\_



## आकस्मिक चिकित्सा झोला



अत्यावश्यक चिकित्सा सामग्रीहरू समावेश छन् - साथमै राख्नुहोला


# मेडिकल हिस्ट्री

बिरामीसम्बन्धी जानकारी		प्राथमिकताको भाषा:		
नाम:		जन्म मिति:		लिङ्गः
ठेगाना		फोन		
आपत्कालीन सम्पर्क व्यक्ति #1				
नाम	नाता	फोन		
आपत्कालीन सम्पर्क व्यक्ति #2				
नाम	नाता	फोन		
आपत्कालीन सम्पर्क व्यक्ति #3				
नाम	नाता	फोन		
बीमासम्बन्धी जानकारी				
बीमा प्रदायक		नीति नम्बर		
व्यक्तिगत जानकारी (लागू हुने सबैमा चिन्ह लगाउनुहोस्)				
<input type="checkbox"/> कुनै ज्ञात स्वास्थ्य समस्या नभएको <input type="checkbox"/> एलर्जीहरू (औषधि, खाना, वातावरणका कारणले हुने) <input type="checkbox"/> एनेमिया <input type="checkbox"/> चिन्ता <input type="checkbox"/> अर्थराइटिस <input type="checkbox"/> दम <input type="checkbox"/> रक्तसञ्चार (ब्लड ट्रान्सफ्युजन) <input type="checkbox"/> क्यान्सर (निर्दिष्ट गर्नुहोस्.....) <input type="checkbox"/> कन्जेस्टिभ हार्ट फेलर <input type="checkbox"/> COPD / फोक्सोको दीर्घकालीन रोग <input type="checkbox"/> डिप्रेसन <input type="checkbox"/> मधुमेह (टाइप 1 / टाइप 2) <input type="checkbox"/> छारे रोग / मुर्छा पर्ने समस्या <input type="checkbox"/> GERD (एसिड रिफ्लक्स) <input type="checkbox"/> जलविन्दु <input type="checkbox"/> गाउट (जोर्नीमा युरिक एसिड बढेर हुने दुखाइ)		<input type="checkbox"/> हृदयघात / मुटुको रोग <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप (हाइपरटेन्सन) <input type="checkbox"/> उच्च कोलेस्ट्रॉल <input type="checkbox"/> HIV / AIDS <input type="checkbox"/> मृगौला रोग / मिर्गौलाको पत्थरी <input type="checkbox"/> कलेजो रोग / हेपाटाइटिस <input type="checkbox"/> माइग्रेन <input type="checkbox"/> अस्टियोपोरोसिस (हड्डी कमजोर हुने रोग) <input type="checkbox"/> आघात <input type="checkbox"/> लागूपदार्थ दुर्व्यसनी (मदिरा / लागुपदार्थहरू) <input type="checkbox"/> थाइराइड रोग (हाइपो / हाइपर) <input type="checkbox"/> क्षयरोग (टिबी) <input type="checkbox"/> अल्सर		
अन्य स्वास्थ्य समस्याहरू:				
उपचार/औषधिहरू				
नाम(हरू)	खुराक(हरू)	कति पटक	कुन समस्याका लागि	नोट(हरू)

उपचार/औषधिहरू				
नाम(हरू)	खुराक(हरू)	कति पटक	कुन समस्याका लागि	नोट(हरू)
आहारसम्बन्धी प्रतिबन्धहरू:			एलर्जीहरू:	
पारिवारिक इतिहास (लागू हुने सबैमा ठिक चिन्ह लगाउनुहोस्)				
<input type="checkbox"/> स्वास्थ्य समस्याको कुनै ज्ञात पारिवारिक इतिहास छैन <input type="checkbox"/> क्यान्सर <input type="checkbox"/> मधुमेह <input type="checkbox"/> मुटुको रोग <input type="checkbox"/> उच्च रक्तचाप <input type="checkbox"/> उच्च कोलेस्ट्रॉल			<input type="checkbox"/> आघात <input type="checkbox"/> थाइराइड रोग <input type="checkbox"/> मृगौला रोग <input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य समस्याहरू (डिप्रेसन, चिन्ता आदि) <input type="checkbox"/> अटोइम्यून रोगहरू <input type="checkbox"/> अन्य: .....	
प्राथमिक स्याहार प्रदायकको नाम (PCP):  PCP को फोन नम्बर र ठेगाना:			स्वास्थ्यसम्बन्धी अतिरिक्त जानकारी:	
शल्यक्रिया/प्रक्रियाहरू (मितिसहित):				
फार्मसीको नाम:  फार्मसीको फोन नम्बर:  फार्मसीको ठेगाना:				

कृपया चिकित्सा टोलीका लागि कुनै अन्य महत्वपूर्ण बिरामीसम्बन्धी जानकारी साझा गर्न यो पृष्ठ प्रयोग गर्नुहोस्:

# घरपालुवा जनावर हेरचाहसम्बन्धी जानकारी

घरपालुवा जनावरको नाम:		 <p>यहाँ आफ्नो घरपालुवा जनावरको तस्बिर हाल्नुहोस्</p>
लिङ्गः	उमेरः	
जातः		
रङ्ग लगाउने:		

## खानासम्बन्धी जानकारी

कृपया तल आफ्नो घरपालुवा जनावरसँग सम्बन्धित सबै खानासम्बन्धी जानकारी समावेश गर्नुहोस्। तल दिइएको खानाको ब्राण्ड, मात्रा र कति पटक खाना खुवाउने भन्ने जानकारी पनि समावेश गर्नुहोस्।

## शौचालय विश्राम

कृपया तल तपाईंको घरपालुवा जनावरको दिसा-पिसाब गर्ने बानीसम्बन्धी सम्पूर्ण जानकारी समावेश गर्नुहोस्।

## थप जानकारी

कृपया तल तपाईंको घरपालुवा जनावरको बारेमा कुनै थप जानकारी, जस्तै बाहिर लैजाने समय र/वा औषधिसम्बन्धी विवरणहरू समावेश गर्नुहोस्। पशु चिकित्सासम्बन्धी जानकारी, जस्तै नाम, ठेगाना, फोन नम्बर।

घरपालुवा जनावरको सम्पर्क व्यक्ति र फोन नम्बर:


---