

КАРТОЧКА ПАЦИЕНТА

Используйте, когда посылаете за медицинской помощью.

Имя больного: _____ Возраст _____

Мужчина _____ Женщина _____ Где он (она)? _____

Какая основная болезнь или проблема со здоровьем сейчас? _____

Когда она началась? _____

Как она началась? _____

Была ли такая же проблема прежде? _____ Когда? _____

Есть ли температура? Какая? _____ Как долго? _____

Боль? _____ Где? _____ Какого типа? _____

Что не соответствует или отличается от нормы в любом из следующих случаев?

Кожа: _____ **Уши:** _____

Глаза: _____ **Рот и горло:** _____

Половые органы: _____

Моча: Много или мало? _____ Цвет? _____ Проблемы с выделением мочи? _____

Опишите: _____

Сколько раз в сутки (24 часа): _____ Сколько раз ночью: _____

Стул: Цвет? _____ Кровь или слизь? _____ Понос? _____

Сколько раз в день? _____ Судороги? _____ Обезвоживание? _____

Мягкий или жесткий? _____ Глисты? _____ Какого вида? _____

Дыхание: Вдохи в минуту: _____ Глубокое, частое или нормальное? _____

Тяжелое дыхание (описать): _____ Кашель (описать): _____

Хрипы? _____ Слизь? _____ С кровью? _____

Есть ли у человека какой-либо **ПРИЗНАК ОПАСНОЙ БОЛЕЗНИ**, описанный на с. 42?

Какой? (Опишите) _____

Другие признаки _____

Принимал ли человек лекарства? _____ Какие? _____

Употреблял ли он какие-либо лекарства, которые вызывали сыпь, крапивницу (или волдыри) с зудом или другие аллергические реакции? _____

Какое? _____

Состояние больного: Не очень серьезное: _____ Серьезное: _____ Очень серьезное: _____

На обратной стороне карточки напишите любую дополнительную информацию, которую вы считаете важной.

КАРТОЧКА ПАЦИЕНТА

Используйте, когда посылаете за медицинской помощью.

Имя больного: _____ Возраст _____

Мужчина _____ Женщина _____ Где он (она)? _____

Какая основная болезнь или проблема со здоровьем сейчас? _____

Когда она началась? _____

Как она началась? _____

Была ли такая же проблема прежде? _____ Когда? _____

Есть ли температура? Какая? _____ Как долго? _____

Боль? _____ Где? _____ Какого типа? _____

Что не соответствует или отличается от нормы в любом из следующих случаев?

Кожа: _____ **Уши:** _____

Глаза: _____ **Рот и горло:** _____

Половые органы: _____

Моча: Много или мало? _____ Цвет? _____ Проблемы с выделением мочи? _____

Опишите: _____

Сколько раз в сутки (24 часа): _____ Сколько раз ночью: _____

Стул: Цвет? _____ Кровь или слизь? _____ Понос? _____

Сколько раз в день? _____ Судороги? _____ Обезвоживание? _____

Мягкий или жесткий? _____ Глисты? _____ Какого вида? _____

Дыхание: Вдохи в минуту: _____ Глубокое, частое или нормальное? _____

Тяжелое дыхание (описать): _____ Кашель (описать): _____

Хрипы? _____ Слизь? _____ С кровью? _____

Есть ли у человека какой-либо **ПРИЗНАК ОПАСНОЙ БОЛЕЗНИ**, описанный на с. 42?

Какой? (Опишите) _____

Другие признаки _____

Принимал ли человек лекарства? _____ Какие? _____

Употреблял ли он какие-либо лекарства, которые вызывали сыпь, крапивницу (или волдыри) с зудом или другие аллергические реакции? _____

Какое? _____

Состояние больного: Не очень серьезное: _____ Серьезное: _____ Очень серьезное: _____

На обратной стороне карточки напишите любую дополнительную информацию, которую вы считаете важной.

КАРТОЧКА ПАЦИЕНТА

Используйте, когда посылаете за медицинской помощью.

Имя больного: _____ Возраст _____

Мужчина _____ Женщина _____ Где он (она)? _____

Какая основная болезнь или проблема со здоровьем сейчас? _____

Когда она началась? _____

Как она началась? _____

Была ли такая же проблема прежде? _____ Когда? _____

Есть ли температура? Какая? _____ Как долго? _____

Боль? _____ Где? _____ Какого типа? _____

Что не соответствует или отличается от нормы в любом из следующих случаев?

Кожа: _____ **Уши:** _____

Глаза: _____ **Рот и горло:** _____

Половые органы: _____

Моча: Много или мало? _____ Цвет? _____ Проблемы с выделением мочи? _____

Опишите: _____

Сколько раз в сутки (24 часа): _____ Сколько раз ночью: _____

Стул: Цвет? _____ Кровь или слизь? _____ Понос? _____

Сколько раз в день? _____ Судороги? _____ Обезвоживание? _____

Мягкий или жесткий? _____ Глисты? _____ Какого вида? _____

Дыхание: Вдохи в минуту: _____ Глубокое, частое или нормальное? _____

Тяжелое дыхание (описать): _____ Кашель (описать): _____

Хрипы? _____ Слизь? _____ С кровью? _____

Есть ли у человека какой-либо **ПРИЗНАК ОПАСНОЙ БОЛЕЗНИ**, описанный на с. 42?

Какой? (Опишите) _____

Другие признаки _____

Принимал ли человек лекарства? _____ Какие? _____

Употреблял ли он какие-либо лекарства, которые вызывали сыпь, крапивницу (или волдыри) с зудом или другие аллергические реакции? _____

Какое? _____

Состояние больного: Не очень серьезное: _____ Серьезное: _____ Очень серьезное: _____

На обратной стороне карточки напишите любую дополнительную информацию, которую вы считаете важной.

КАРТОЧКА ПАЦИЕНТА

Используйте, когда посылаете за медицинской помощью.

Имя больного: _____ Возраст _____

Мужчина _____ Женщина _____ Где он (она)? _____

Какая основная болезнь или проблема со здоровьем сейчас? _____

Когда она началась? _____

Как она началась? _____

Была ли такая же проблема прежде? _____ Когда? _____

Есть ли температура? Какая? _____ Как долго? _____

Боль? _____ Где? _____ Какого типа? _____

Что не соответствует или отличается от нормы в любом из следующих случаев?

Кожа: _____ **Уши:** _____

Глаза: _____ **Рот и горло:** _____

Половые органы: _____

Моча: Много или мало? _____ Цвет? _____ Проблемы с выделением мочи? _____

Опишите: _____

Сколько раз в сутки (24 часа): _____ Сколько раз ночью: _____

Стул: Цвет? _____ Кровь или слизь? _____ Понос? _____

Сколько раз в день? _____ Судороги? _____ Обезвоживание? _____

Мягкий или жесткий? _____ Глисты? _____ Какого вида? _____

Дыхание: Вдохи в минуту: _____ Глубокое, частое или нормальное? _____

Тяжелое дыхание (описать): _____ Кашель (описать): _____

Хрипы? _____ Слизь? _____ С кровью? _____

Есть ли у человека какой-либо **ПРИЗНАК ОПАСНОЙ БОЛЕЗНИ**, описанный на с. 42?

Какой? (Опишите) _____

Другие признаки _____

Принимал ли человек лекарства? _____ Какие? _____

Употреблял ли он какие-либо лекарства, которые вызывали сыпь, крапивницу (или волдыри) с зудом или другие аллергические реакции? _____

Какое? _____

Состояние больного: Не очень серьезное: _____ Серьезное: _____ Очень серьезное: _____

На обратной стороне карточки напишите любую дополнительную информацию, которую вы считаете важной.

