

[PJM]\*

# KARTA KOMUNIKACJI Z OSOBĄ GŁUCHĄ

IMIĘ:  NAZWISKO:  WIEK:  DATA URODZENIA:

## JAK SIĘ CZUJESZ? [TY] [TERAZ] [CZUĆ SIĘ] [JAK]?

1  <input type="checkbox"/> KASZEL	2  <input type="checkbox"/> KATAR/KICHANIE	3  <input type="checkbox"/> BÓL GARDŁA	4  <input type="checkbox"/> GORĄCZKA	5  <input type="checkbox"/> DRESZCZE/ZIMNO
7  <input type="checkbox"/> BIEGUNKA	8  <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	9  <input type="checkbox"/> WYMIOTY	10  <input type="checkbox"/> SIKAĆ PROBLEM	11  <input type="checkbox"/> URAZ
12  <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	13  <input type="checkbox"/> ZAWROTY GŁOWY/ OMDLENIE	14  <input type="checkbox"/> PROBLEMY SEN	15  <input type="checkbox"/> SMUTEK	16  <input type="checkbox"/> ZDENERWOWANIE
17  <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	18  <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	19  <input type="checkbox"/> ALERGIA/ UCZULENIE	20  <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	21  <input type="checkbox"/> BÓL

INNE WPISZ:

## Z CZYM MASZ TERAZ PROBLEM? [TY] [CHORY] [JAK WYGLĄDAĆ]?

 <input type="checkbox"/> TWARZ	 <input type="checkbox"/> USTA	 <input type="checkbox"/> OCZY	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA		 <input type="checkbox"/> KOŚCI
 <input type="checkbox"/> MÓZG	 <input type="checkbox"/> NOS	 <input type="checkbox"/> UCHO	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA		 <input type="checkbox"/> NERKI
 <input type="checkbox"/> SERCE		 <input type="checkbox"/> UCHO	 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK	 <input type="checkbox"/> KRĘGOSŁUP	
 <input type="checkbox"/> PLUCA		 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> POCHWA	 <input type="checkbox"/> PENIS	 <input type="checkbox"/> ODBYT

 TAK	 NIE	 ROZUMIEĆ	 NIE ROZUMIEĆ	 ZGODA	 NIE ZGODA	 NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
---------	---------	--------------	------------------	-----------	---------------	---

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

NIEDZIELA    SOBOTA    PIĄTEK    CZWARTEK    ŚRODA    WTOREK    PONIEDZIAŁEK    W CZORAJ    DZISIAJ    TERAZ

DATA?     GODZINA?

## JAK CZĘSTO MASZ OBJAWY CHOROBY? [TY] [CHORY] [JAK] [CZĘSTO]? [ILE] [RAZY]?

RAZ NA DZIEŃ    KILKA DZIEŃ ILE?     CAŁY DZIEŃ    RAZ NA MIESIĄC ILE?     KILKA MIESIĄC ILE?     CAŁY MIESIĄC

CODZIENNIE

KILKA W TYGODNIU ILE?

## CO ROBIŁEŚ, KIEDY ZACZĘŁA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [ZACZYNAĆ] - [TY] [ROBIĆ] [CO]?

JEDZENIE    SEN    PRACA    NERWY    WYPADEK PRACA

ALKOHOŁ    LEKI    ZIMNA TEMPERATURA    GORĄCA TEMPERATURA

INNE WPISZ:

## JAK ZMIENIA SIĘ CHOROBA? [TY] [CHOROBA] [ZMIANA] [JAK\_WYGLĄDA]?

CHOROBA STAŁA    CHOROBA ROSNĄCA    CHOROBA ZMIENNA

## JAK SILNY MASZ BÓL? [TY] [BÓL] [MOCNO] [SŁABO] [JAK]?

1-2    3-4    5-6    7-8    9-10

## JAKI TY MASZ BÓL? [TY] [BÓL] [JAK\_WYGLĄDA]?

PIEKĄCY    KŁUJĄCY    GNIOTĄCY

PROMIENUJĄCY    PRZESZYWAJĄCY    PULSUJĄCY

CZY BRAŁEŚ JAKIEŚ LEKI?  
[TY] [BYŁO] [JEŚĆ] [LEK]?  
 TAK    NIE   NAZWA:

CZUŁEŚ SIĘ LEPIJ PO LEKACH?  
[TY] [LEKARSTWO] [JEŚĆ] - [PO] [BYŁO] [CZUĆ\_SIE] [LEPIJ]?  
 TAK 😊    NIE ☹️





TAK    NIE    ROZUMIEĆ    NIE ROZUMIEĆ    ZGODA    NIE ZGODA    NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY





# GŁOWA, NARZĄDY ZMYŚŁÓW I PSYCHIKA









## GDZIE CIĘ BOLI GŁOWA? [TY] [GŁOWA] [BÓL] [GDZIE]?

 <input type="checkbox"/> PRZÓD	 <input type="checkbox"/> GÓRA	 <input type="checkbox"/> TYŁ	 <input type="checkbox"/> BOK
---	--	---	---

## JAKIE MASZ OBJAWY? [CO\_SIĘ\_DZIEJE]?

 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> SMUTEK	 <input type="checkbox"/> PROBLEMY SEN	 <input type="checkbox"/> NERWY
 <input type="checkbox"/> ZAPOMINAĆ	 <input type="checkbox"/> ALKOHOŁ PIĆ DUŻO		

## JAKIE MASZ OBJAWY? [CO\_SIĘ\_DZIEJE]?

 OKULARY TY MASZ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ ŹŁE	
 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ PODWÓJNIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO ŁEZ	 <input type="checkbox"/> SUCHE OKO
 <input type="checkbox"/> KREW Z NOSA	 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ NOS PROBLEM	 <input type="checkbox"/> NIE CZUĆ ZAPACH

## UKŁAD POKARMOWY

 <input type="checkbox"/> NIE CHCIEĆ JEŚĆ	 <input type="checkbox"/> CHCIEĆ DUŻO JEŚĆ	 <input type="checkbox"/> ZGAGA	 <input type="checkbox"/> WZDĘCIA	 <input type="checkbox"/> BÓL JEŚĆ
 <input type="checkbox"/> WYMIOTY	<input type="checkbox"/> KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ILE RAZY?: <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> NUDNOŚCI	 <input type="checkbox"/> ZATWARDZENIE	 <input type="checkbox"/> HEMOROIDY/ KREW Z ODBYT
				<input type="checkbox"/> KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE BIEGUNKA ILE RAZY?: <input type="text"/> BIEGUNKA JAKI KOLOR?: <input type="text"/>

## UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

 MOCZ/SIKI JAK WYGLĄDAĆ? KOLOR: NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/> ZAPACH: NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/>	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ DUŻO/CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ MAŁO	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ BÓL	 <input type="checkbox"/> NIE SIKAĆ
 <input type="checkbox"/> SIKAĆ W NOCY	 <input type="checkbox"/> SIKAĆ NAGLE MUSI	 <input type="checkbox"/> NIE TRZYMAĆ SIKI	 <input type="checkbox"/> SEKS PROBLEM	

<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ	<input type="checkbox"/> ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ZGODA	<input type="checkbox"/> NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
------------------------------	------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

## UKŁAD ENDOKRYNNY

 <input type="checkbox"/> WAGA WIĘCEJ	 <input type="checkbox"/> WAGA MNIEJ	 <input type="checkbox"/> NERWY	 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO PIĆ
 <input type="checkbox"/> SIKAĆ DUŻO/ CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> WYPADAĆ WŁOSY	 <input type="checkbox"/> DUŻO SIĘ POCIĆ	 <input type="checkbox"/> ZIMNO	

## UKŁAD ODDECHOWY

 <input type="checkbox"/> KASZEL SUCHY	 <input type="checkbox"/> KASZEL MOKRY (FLEGMA)
KREW BYŁA? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ILE PĄZY? <input type="checkbox"/> FLEGMA JAKI KOLOR? <input type="checkbox"/>	
 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM	

## UKŁAD KRAŻENIA

 <input type="checkbox"/> BÓL	 <input type="checkbox"/> WYSOKIE CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> SERCE KOŁATANIE/ BICIE NIERÓWNO	 <input type="checkbox"/> SZYBKIE BICIE	 <input type="checkbox"/> WOLNE BICIE
 <input type="checkbox"/> SPUCHNIĘCIE NÓG	 <input type="checkbox"/> ZIMNE NOGI I RĘCE	 <input type="checkbox"/> BÓL CHODZIĆ	 <input type="checkbox"/> ŻYŁAKI	

## INNE

 <input type="checkbox"/> POCIĆ SIĘ NOC	 <input type="checkbox"/> PIERSI GUZ	 <input type="checkbox"/> MLEKO/PŁYN/ KREW Z PIERSI
 <input type="checkbox"/> JĄDRO GUZ	 <input type="checkbox"/> PIEPRZ ROŚNIE BÓL/ZMIANA WYGLĄD	

**CZY TY MASZ ALERGIĘ?**  
[ALERGIĘ MASZ?]  
 TAK  NIE  
WPISZ NAZWA:

**CZY JESTEŚ W CIĄŻY?**  
[CIAŻA TY?]  
 TAK  NIE  
MIESIĄC KTÓRY?:

**INNY DOKTOR  
CHODZISZ TY?**  
 TAK  NIE  
WPISZ:

**SZPITAL BYŁO?**  
 TAK  NIE  
DLACZEGO WPISZ:

**OPERACJA BYŁO?**  
 TAK  NIE  
DLACZEGO WPISZ:

**PIŁEŚ ALKOHOL?**  
 TAK  NIE

**PIWO**  
ILE ?  TYDZIEŃ

**WINO**  
ILE ?  TYDZIEŃ

**WÓDKA**  
ILE ?  TYDZIEŃ

**MIESZKASZ Z KIM?**  
 SAM   
 Z RODZINĄ

**CHOROBY TWOJEJ RODZINY?**

MAMA/ TATA:  DZIECI:

BRAT:  SIOSTRA:

**CZY BRAŁEŚ NARKOTYKI/  
DOPALACZE?**  
 TAK  NIE  
NAZWA JAKIE:  ILE RAZY?

**PALIĆ TY?**  
 TAK  NIE  
WIEK START:  ILE ?  DZIEŃ

TAK	NIE	ROZUMIEĆ	NIE ROZUMIEĆ	ZGODA	NIE ZGODA	NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
-----	-----	----------	--------------	-------	-----------	---------------------------------------



## JAKIE MASZ CHOROBY? [TY] [CHOROBA] [JAK] [WYGLĄDAĆ]?

 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK	 <input type="checkbox"/> TRZUSTKA	 <input type="checkbox"/> WĄTROBA	 <input type="checkbox"/> MÓZG	 <input type="checkbox"/> NERKI	 <input type="checkbox"/> PŁUCA
 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> JELITA	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> RAK/ NOWOTWÓR	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/ DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> BAKTERIE/ WIRUSY	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> KOŚCI	JAKIE MASZ INNE CHOROBY? [TY] [CHORY] [INNE] [JAK_WYGLĄDAĆ]?	

## JAKIE BIERZESZ LEKI? [TY] [LEKI] [JEŚĆ] [JAKIE]?

 <input type="checkbox"/> SERCE	 <input type="checkbox"/> CIŚNIENIE	 <input type="checkbox"/> PADACZKA/ DRGAWKI	 <input type="checkbox"/> ASTMA/POCHP
 <input type="checkbox"/> DEPRESJA/ PSYCHIATRA	 <input type="checkbox"/> CUKRZYCA/ CUKIER WYSOKI	 <input type="checkbox"/> ŻYŁY I KREW	 <input type="checkbox"/> BÓL

WPISZ NAZWY LEKÓW









## CZY WYRAŻASZ ZGODĘ NA BADANIE? [TY] [BADANIE] [ZGODA]?

TAK  NIE

 PROSZĘ SIĘ ROZEBRAĆ	 ODDYCHAJ GŁĘBOKO	 POŁÓŻ SIĘ	 BADANIE CIŚNIENIA	 EKG
 OTWÓRZ/ZAMKNIJ OCZY	 BADANIE UCHA	 OTWÓRZ USTA	 BADANIE ODBYT	

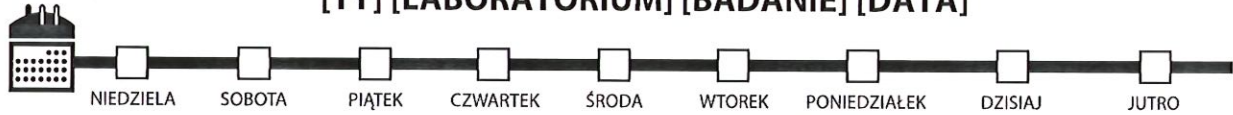
 TAK	 NIE	  ROZUMIEĆ NIE ROZUMIEĆ	  ZGODA NIE ZGODA	  NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY
--	--	--	--	---

**POTRZEBUJESZ BADAŃ**  
[TY] [MUSIEĆ] [ZROBIĆ] [BADANIA] [INNE]






 NIE JEDZI	 NIE PIJI	 LEKI ZJEDZ NORMALNIE	 INSULINA NIE BRAĆ!	 7 RANO	 BADANIE KRWI	 BADANIE MOCZU	 BADANIE KAŁU
--	---	--	---	---	---	--	---

**WEŹ Z DOMU:**

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













**POTRZEBUJESZ BADAŃ**  
[TY] [MUSIEĆ] [ZROBIĆ] [BADANIA] [INNE]

 USG	 KOLONOSKOPIA	 RTG	 MAMMOGRAFIA	 GASTROSKOPIA
--	---	--	---	---

**ZALECENIA**

 DNI ZOSTAŃ W ŁÓŻKU	 ALKOHOL STOP	 PAPIEROSY STOP	 ĆWICZENIA	 CUKIER ZAPISUJ	 CIŚNIENIE ZAPISUJ	DATA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] GODZINA [ ][ ] WRÓĆ KONTROLA
 PRZYNIEŚ DOKUMENTY SZPITAL	 PRZYNIEŚ NAZWY LEKÓW	 PRZYNIEŚ ZAPIS CIŚNIENIE /CUKIER	 MUSISZ JECHAĆ SZPITAL POCZEKAJ	DATA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] GODZINA [ ][ ] PRZYJDŹ ZASTRZYK PRZYCHODNIA	 PIELĘGNIARKA BĘDZIE ZASTRZYK W TWÓJ DOM	 ZWOLNIENIE LEKARSKIE

**RECEPTA**






NAZWA						
						
GODZINA						
						
GODZINA						
						
GODZINA						
						
GODZINA						

**INNY LEKARZ SKIEROWANIE:**

[JA DAĆ CI] [SKIEROWANIE] [INNY] [LEKARZ]:



- KARDIOLOG 
- CHIRURG 
- ONKOLOG 
- NEFROLOG 
- SZPITAL 

- PSYCHIATRA 
- PULMONOLOG 
- GASTROENTEROLOG 
- NEUROLOG 
- DERMATOLOG 

							
TAK	NIE	ROZUMIEĆ	NIE ROZUMIEĆ	ZGODA	NIE ZGODA	NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY	PJM SJM