

IMIĘ:  NAZWISKO:  WIEK:  DATA URODZENIA:

**JAK SIĘ CZUJESZ?**  
[TY] [TERAZ] [CZUĆ\_SIE] [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"/> SIKĄĆ 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"/> TRZUSTKA		 <input type="checkbox"/> NERKI
 <input type="checkbox"/> SERCE		 <input type="checkbox"/> UCHO	 <input type="checkbox"/> ŻOŁĄDEK		 <input type="checkbox"/> KRĘGOSŁUP
 <input type="checkbox"/> PŁUCA		 <input type="checkbox"/> JELITA			

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

# KIEDY ZACZEŁA SIĘ CHOROBA?

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

NIEDZIELA    SOBOTA    PIĄTEK    CZWARTEK    ŚRODA    WTOREK    PONIEDZIAŁEK    WZCZORAJ    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

NIEDZIELA    PONIEDZIAŁEK    WTOREK    ŚRODA    CZWARTEK    PIĄTEK

KILKA W TYGODNIU ILE?

# CO ROBIŁEŚ, KIEDY ZACZEŁA SIĘ CHOROBA?

[TY] [CHOROBA] [ZACZYNAĆ] - [TY] [ROBIĆ] [CO]?

JEDZENIE    SEN    NERWY

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

PROMIENIUJĄCY    PRZESZYWAJĄCY    PULSUJĄCY

# CZY BRAŁEŚ JAKIEŚ LEKI?

[TY] [BYŁO] [JEŚĆ] [LEK]?

TAK    NIE   NAZWA:

# CZUŁEŚ SIĘ LEPIEJ PO LEKACH?





[TY] [LEKARSTWO] [JEŚĆ] - [PO] [BYŁO] [CZUĆ\_SIE] [LEPIEJ]?

TAK 😊    NIE ☹️





TAK ✓    NIE ✗    ROZUMIEĆ 🙋    NIE ROZUMIEĆ 🙅    ZGODA ⊕    NIE ZGODA ⊖    NIE ROZUMIEĆ TŁUMACZ MIGOWY POTRZEBNY 🗣️ → 🗣️

# GŁOWA, NARZĄDY ZMYŚŁÓW I PSYCHIKA





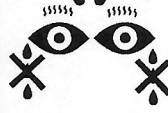


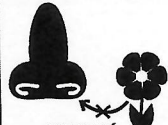
## GDZIE CIĘ BOLI GŁOWA? [TY] [GŁOWA] [BÓL] [GDZIE]?

 <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			

## JAKIE MASZ OBJAWY? [CO SIĘ DZIEJE]?

 OKULARY TY MASZ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	 <input type="checkbox"/> WIDZIEĆ ŻŁE
 <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	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"/> BIEGUNKA
				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: <input type="checkbox"/> NORMALNY <input type="checkbox"/> INNY <input type="text"/> ZAPACH: <input type="checkbox"/> 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"/> 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

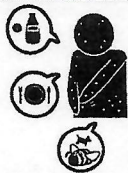
 <input type="checkbox"/> WAGA WIĘCEJ	 <input type="checkbox"/> WAGA MNIEJ	 <input type="checkbox"/> NERWY	 <input type="checkbox"/> ZMĘCZENIE	 <input type="checkbox"/> DUŻO PIĆ
 <input type="checkbox"/> SIKAĆ DUŻO/ CZĘSTO	 <input type="checkbox"/> WYPADAĆ WŁOSY	 <input type="checkbox"/> DUŻO SIĘ POCIĆ	 <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 RAZY? FLEGMA JAKI KOLOR? <input type="text"/>
 <input type="checkbox"/> ODDYCHAĆ PROBLEM		


## UKŁAD KRĄŻENIA

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

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

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

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





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

**CHOROBY TWOJEJ RODZINY?**  
MAMA/ TATA:   
BRAT:  SIOSTRA:

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

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

# 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  
[NAZWA] [LEKI] JAKIE?]

## KIEDY OSTATNIO JADŁEŚ? [TY] [JEŚĆ] [KIEDY?]



NIEDZIELA    SOBOTA    PIĄTEK    CZWARTEK    ŚRODA    WTOREK    PONIEDZIAŁEK    W CZORAJ    DZISIAJ    TERAZ

GODZINA?

## KIEDY OSTATNIO PIŁEŚ? [TY] [PIĆ] [KIEDY?]




NIEDZIELA    SOBOTA    PIĄTEK    CZWARTEK    ŚRODA    WTOREK    PONIEDZIAŁEK    W CZORAJ    DZISIAJ    TERAZ



GODZINA?

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

 NIE JEDZ!	 NIE PIJ!	 LEKI ZJEDZ NORMALNIE	 INSULINA NIE BRAĆ!
--	---	--	---

  
7 RANO






**WEŹ Z DOMU:**

 BADANIE KRWI	 BADANIE MOCZU	 BADANIE KAŁU
--	--	---

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













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

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

**ZALECENIA**








 <input type="checkbox"/> DNI ZOSTAŃ W ŁÓŻKU		 ĆWICZENIA	 CUKIER ZAPISUJ	 CIŚNIENIE ZAPISUJ	DATA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] GODZINA [ ][ ] [ ][ ] WROĆ KONTROLA	
 PRZYNIĘŚ DOKUMENTY SZPITAL	 PRZYNIĘŚ NAZWY LEKÓW	 PRZYNIĘŚ 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\_DAC\_CI] [SKIEROWANIE] [INNY] [LEKARZ]:

<input type="checkbox"/> KARDIOLOG 	<input type="checkbox"/> PSYCHIATRA 
<input type="checkbox"/> CHIRURG 	<input type="checkbox"/> PULMONOLOG 
<input type="checkbox"/> ONKOLOG 	<input type="checkbox"/> GASTROENTEROLOG 
<input type="checkbox"/> NEFROLOG 	<input type="checkbox"/> NEUROLOG 
<input type="checkbox"/> SZPITAL 	<input type="checkbox"/> DERMATOLOG 

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