

Karta Informacyjna Pacjenta

Dziękujemy za wybór Teleopieki! Rzetelne wypełnienie karty informacyjnej jest niezwykle ważne, byśmy mogli udzielić Państwu pomocy lub wezwać pomoc do Państwa. Prosimy o wypełnienie karty czytelnie i starannie oraz przekazując jak najwięcej danych w oparciu o Państwa dokumentację medyczną.

Sekcja I: Dane osobowe Pacjenta											
Imię i nazwisko											
Data urodzenia	d	d	-	m	m	-	r	r	r	r	
Miejsce świadczenia usługi	Nazwa ulicy						Numer domu		Numer mieszkania		
Kod pocztowy					Miejscowość:						
PESEL											

W sekcji II karty prosimy o podanie numeru telefonu stacjonarnego oraz komórkowego do Pacjenta, jeśli Pacjent nie posiada któregoś z telefonów, prosimy o wpisanie „brak” w odpowiednim miejscu.

Sekcja II: Numery telefonów do Pacjenta			
Numer telefonu stacjonarnego Pacjenta			Numer telefonu komórkowego Pacjenta

W sekcji III prosimy o wpisanie IMEI urządzenia alarmowego. Numer ten znajduje się na spodzie opakowania.

Sekcja III: Numer IMEI urządzenia														
Numer IMEI opaski														

W sekcji IV karty prosimy o dokładne wypełnienie wykazu osób kontaktowych do których w razie ewentualnej konieczności zadzwoni Centrum Ratunkowe i przekaze stosowne informacje jeśli zajdzie taka konieczność.

Sekcja IV: Dane osób upoważnionych w przypadku zagrożenia zdrowia i życia			
OSOBA #1	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania: <input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #2	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania: <input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #3	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania: <input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA
OSOBA #4	Imię i nazwisko:		Numer telefonu:
	Stopień pokrewieństwa:		Klucz do mieszkania: <input type="checkbox"/> POSIADA <input type="checkbox"/> NIE POSIADA

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIEM Oraz WIELKIMI

Dane podane w Sekcji V pomogą służbom ratunkowym sprawniej i szybciej dotrzeć do Pacjenta, podanie zwierząt domowych zapewni większe bezpieczeństwo Zespołowi Ratownictwa Medycznemu. Określenie miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w domu ułatwi ewentualne przekazanie jej lekarzowi w przypadku ewentualnej hospitalizacji po wezwaniu służb ratunkowych.

Sekcja V: Opis dojazdu do lokalu mieszkalnego wraz z informacjami dla służb ratunkowych							
Opis lokalu mieszkalnego wraz z dojazdem; bariery architektoniczne							
Podjazd pod klatkę/bramę:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Piętro:		Winda:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Strome schody:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba wychodząca z domu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Kod do domofonu:			Ilość domowników:		
Zwierzęta domowe							
Miejsce przechowywania leków							
Miejsce przechowywania dokumentacji medycznej							

W Sekcji VI podaj dane lekarza pierwszego kontaktu oraz nazwę i adres przychodni.

Sekcja VI: Dane przychodni POZ	
Nazwa oraz adres przychodni lekarza POZ	
Telefon do rejestracji POZ	
Imię i nazwisko lekarza POZ	

Uzupełnij wywiad epidemiologiczny odnośnie COVID-19 w Sekcji VII.

Sekcja VII: Wywiad epidemiologiczny			
Pacjent z przebytym COVID19	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli tak proszę podać datę przebycia COVID19:	
Pacjent zaszczepiony przeciw COVID19	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli tak proszę podać datę szczepienia przeciw COVID19:	

W Sekcji VIII wypełnił diety, alergie pokarmowe oraz nałogi i alergie na leki Pacjenta.

Sekcja VIII: Alergie i nałogi	
Dieta, alergie pokarmowe	
Alergie na leki	
Nałogi	

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIĘ ORAZ WIELKIMI

W Sekcji IX prosimy podać dokładny opis problemów zdrowotnych, który da nam ogólną wiedzę na temat stanu zdrowia Pacjenta oraz ewentualnych powikłań.

Sekcja IX: Ocena stanu zdrowia i samodzielności				
Określenie stanu zdrowia oraz ocena samodzielności Pacjenta	Poruszanie się	Osoba chodząca	Stan skóry	Czystość
		Osoba chodząca za pomocą osób drugich		odleżyny
		Osoba poruszająca się o balkoniku, kulach		otarcia
		Osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim		grzybica
		Osoba leżąca		rany przewlekłe
	Słuch	Dobry	Wzrok	Dobry
		niedosłuch		niedowidzenie
		głuchota		osoba niewidoma
	Spożywanie posiłków	Samodzielnie	Funkcje fizjologiczne	Samodzielnie
		przy pomocy osoby drugiej		pampersy
		PEG		cewnik
		przez zgłębnik		
Dokładny opis problemów zdrowotnych, schorzenia pacjenta jeśli Pacjent posiada karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, proszę podać również rozpoznania ICD10				
Sprawność umysłowa (np. zaniki pamięci, depresja, agresja)				

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIIE ORAZ WIELKIMI

Sekcja X: Informacje dodatkowe	
Schemat dnia dodatkowe informacje	

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz oświadczam, iż nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, podanych podczas wypełniania Karty Informacyjnej Pacjenta oraz upoważniam osoby wymienione w Sekcji IV do uzyskiwania informacji o stanie mojego zdrowia.

 Miejscowość i data

 Podpis Pacjenta
 lub opiekuna prawnego/pełnomocnika

Karta Leków Pacjenta

uzupełnienie Karty Informacyjnej Pacjenta

Imię i nazwisko											
PESEL											

Dawkowanie w miarę możliwości proszę wpisywać w formacie RANO-POPOŁUDNIU-WIECZÓR np. 1-0-0 lub opisowo np. zastrzyk co sobotę.

LP	Nazwa leku	Moc leku	Dawkowanie			Dodatkowe informacje
			RANO	PO POŁUDNIU	WIECZOREM	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

W PRZYPADKU PISMA ODREČZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIEM ORAZ WIELKIMI

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą oraz oświadczam, iż nie zataiłam/em żadnych istotnych informacji o stanie zdrowia, przebiegu dotychczasowego leczenia, podanych podczas wypełniania Karty Leków Pacjenta.

 Miejscowość i data

 Podpis Pacjenta
 lub opiekuna prawnego/petnomocnika