

## 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 <small>(adres zamieszkania, ulica, numer domu, numer mieszkania)</small>										
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 przekaże 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 I ORAZ WIELKIMI LITERAMI

Dane podane w Sekcji V pomogą służbom ratunkowym sprawniej i szybciej dotrzeć do Pacjenta, podanie zwierząt domowych zapewni większe bezpieczeństwo Zespołowi Ratownictwa Medycznego. 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 LITERAMI

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					
<b>Określenie stanu zdrowia oraz ocena samodzielności Pacjenta</b>	Poruszanie się	Osoba chodząca	Stan skóry	Czystość	
		Osoba chodząca za pomocą osób drugih		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			
<b>Dokładny opis problemów zdrowotnych, schorzenia pacjenta</b> jeśli Pacjent posiada karty informacyjne z leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, proszę podać również rozpoznania ICD10					
<b>Sprawność umysłowa</b> (np. zaniki pamięci, depresja, agresja)					

Sekcja X: Informacje dodatkowe	
<b>Schemat dnia</b> <b>dodatkowe informacje</b>	

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.

.....  
Data i podpis Pacjenta,  
opiekuna prawnego lub pełnomocnika

## Karta Leków Pacjenta

### uzupełnienie Karty Informacyjnej Pacjenta

<b>Imię i nazwisko</b>											
<b>PESEL</b>											

Dawkowanie w miarę możliwości proszę wpisywać w formacie RANO-POPOŁUDNIE-WIECZÓR np. 1-0-0 lub opisowo np. zastrzyk co sobotę.  
Pomocnym narzędziem do wpisania poprawnej nazwy leku, mocy czy też typu tabletki jest wyszukiwarka pod adresem [http://grupa-infomedic.pl/sti\\_api/lek](http://grupa-infomedic.pl/sti_api/lek)

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						

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.

.....  
Data i podpis Pacjenta,  
opiekuna prawnego lub pełnomocnika

W PRZYPADKU PISMA ODRĘCZNEGO NALEŻY WYPEŁNIĆ KARTĘ CZYTELNIEM I ORAZ WIELKIMI LITERAMI