



ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ У ВИПАДКУ НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ ТЕЛЕФОНУЙТЕ 911

Ukrainian

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ CONTACT INFORMATION

Ім'я (First Name)	Прізвище (Last Name)
Адреса (Address)	Номер квартири (Apartment Number)
Місто (City)	Поштовий індекс (Postal Code)
Основний тел. () -	Другорядний тел. () -
Номер медичної картки (Health Card)	код версії (version code)
Дата народження (Birth Date)	Стать (Gender)
Основна мова(и) (Primary Language)	☐ Ч (M) ☐ Ж (F)
☐ Вказівки про розширений догляд (Advanced Care Directive)	→ Файл (On file with)

Екстрений контакт 1 (Emergency Contact 1)	Основний тел. () -	Другорядний тел. () -
Екстрений контакт 2 (Emergency Contact 2)	Основний тел. () -	Другорядний тел. () -
Постачальник первинної медичної допомоги (Primary Care Provider)	Тел. () -	

АКТУАЛЬНА МЕДИЧНА ІСТОРІЯ RELEVANT MEDICAL HISTORY

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Серцеві хвороби
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker)) | ☐ Цукровий діабет (інсулін/незалежні від інсуліну)
(Diabetic (insulin / non insulin dependant)) | ☐ Рак
(Cancer) |
| ☐ Інсульт/ТІА
(Stroke/TIA) | ☐ ХОЗЛ (емфізема, бронхіт)
(COPD (emphysema, bronchitis)) | ☐ Хвороба Альцгеймера
(Alzheimer) |
| ☐ Гіпертонія (високий кров'яний тиск)
(Hypertension (high blood pressure)) | ☐ Епілепсія (судоми)
(Seizure (convulsions)) | ☐ Деменція
(Dementia) |
| ☐ Хронічна серцева недостатність
(Congestive heart failure) | ☐ Астма
(Asthma) | ☐ Психіатричне
(Psychiatric) |

Інше
(Other)

ЛІКИ MEDICATIONS

1) _____	6) _____	11) _____
2) _____	7) _____	12) _____
3) _____	8) _____	13) _____
4) _____	9) _____	14) _____
5) _____	10) _____	15) _____

АЛЕРГІЯ НА МЕДИЧНІ ПРИПАРАТИ MEDICAL ALLERGIES

☐ **Відсутність відомих алергій** (No Known Allergies)
 ☐ **Пеніцилін** (Penicillin)
 ☐ **Аспірин** (ацетилсаліцилова кислота) (ASA)
 ☐ **Сульфаніламідні препарати** (Sulpha)
 ☐ **Кодеїн** (Codeine)

Інше _____
 (Other)

ОСОБЛИВІ МІРКУВАННЯ SPECIAL CONSIDERATIONS

Інфекції / Захворювання _____
 (Communicable Infection / Disease)

Інше _____
 (Other)

Приналежність до лікарні _____
 → ☐ **Розширена історія**
(Extensive history)

☐ **Особливості** (діаліз, неврологія тощо) _____
 (Specialty (dialysis, neuro, etc.))

МОБІЛЬНІСТЬ/СЕНСОРНЕ MOBILITY / SENSORY

☐ **Зубні протези** (Dentures)
 ☐ **Зір** (порушення зору / окуляри / незрячий) (Visual (impairment / glasses / blind))
 ☐ **Слух** (порушення / слуховий апарат / глухий) (Hearing (impairment / aid / deaf))

☐ **Проблеми з мобільністю** (тростина / інвалідний візок / ходунки / моторизований скутер / протез кінцівок)
 (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

КОНТАКТИ ПО ДОГЛЯДУ ЗА ДОМАШНІМИ ТВАРИНАМИ PET CARE CONTACTS

Контакт 1 _____ **Тел.** (_____) _____ - _____
 (Contact 1) (Phone)

Контакт 2 _____ **Тел.** (_____) _____ - _____
 (Contact 2) (Phone)

Список домашніх тварин та інструкції по догляду за домашніми тваринами _____
 (List of pets and pet care instructions)

Заповнили
(Completed by)

Дата ____ / ____ / ____
(Date) День Місяць Рік