



POLACCO




Unità Operativa di Triage Infermieristico Pronto Soccorso Astanteria


Imię.....Nazwisko.....Narodowość.....Data.....
Adres zamieszkania.....Ul.....Numer.....

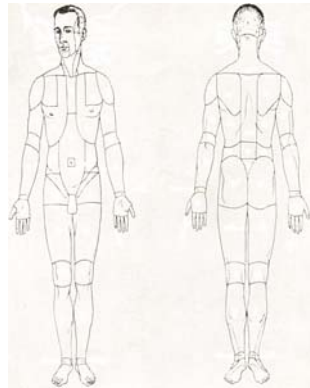
Osoba do zawiadomienia: Imię.....Nazwisko.....Numery tel.

Przyczyna: () wypadek samochodowy; () domowy; () w pracy; () pobicie; () sportowy; () przypadkowy

Rozumienie języka włoskiego? () TAK () NIE

Dzień wystąpienia objawów: () 1 dzień; () 2 dni; () 3 dni; () 5 dni
Godzina wystąpienia objawów: wskaż strzałką na zegarze → 

Intensywność bólu: niska; średnia; wysoka () od 1-3; () od 4-7; () od 8-do10
Typ bólu: () spazm; () kolka; () kłujący
Lokalizacja bólu: wskaż strzałką → 
Czy był uraz? () TAK () NIE ; jeśli TAK wskaż gwiazdką *
Zmiany na skórze: () swęd ; () zaczerwienienie; () pęcherze
Lokalizacja: wskaż kółkiem ⊗
Czy były wymioty? () TAK () NIE
Stan świadomości: () czujny; () konfuzjonalny; () niepokój; () nie pamięta
Trudności: () z przełykaniem; () z odczuwaniem; () z oddawaniem moczu;
() z oddawaniem kału
Obecność krwi: () w moczu ; () w kale () w wykrztusinie
Kolor krwi: () żywa czerwień; () ciemna czerwień; () czarna
Odczucie: () ciepła; () zimna; () pocenie; () dreszcze



Na jakie choroby cierpi? () cukrzyca; () wysokie ciśnienie; () artroza; () onkologiczne;
() neurologiczne; () kardiologiczne
Cierpi na alergię? () żywnościowe; () pyłowe ; () od leków; () kwas aceto salicylowy; ()
DICLOFENAC ; () antybiotyki; () antywirusowe; () ANTIGOTTOSI
Pozytywność sierologiczna: () HIV ; () żółtaczką A; () żółtaczką B; () żółtaczką C; () malaria
Nosiciel protez? () TAK () NIE jeśli TAK jakie.....
Poprzednie pobyty w szpitalu: () TAK ; () NIE ; jeśli TAK na jakim oddziale.....

() Oddaj próbkę moczu do pojemnika; () Oddaj próbkę kału do pojemnika; () Oddaj próbkę śliny do pojemnika; () pobiorę próbkę krwi; () założę kroplówkę na ręce; () zrobię zastrzyk w pośladek; ()
Założę rurkę do pęcherza na mocz; () zrobię zastrzyk z immunoglobuliną przeciwczerwoną w pośladek

Proponuje się pozostawienie w szpitalu na oddziale: () Medycyny ; () Astanteria; () Chirurgia;
() Ortopedia; () Ginekologia; () Psychiatria; () Pediatria; () Neurologia; () Przeniesienie do innego szpitala.
Poruszanie się: () samodzielne; () półsamodzielne; () niesamodzielne

Nawyki: () palacz; () nadużywanie alkoholu; () nadużywanie narkotyków
Odżywianie: () wołowina; () wieprzowina; () ryby; () jaja; () sery; () jarzyny; () mleko; () pieczywo.
Religia: () Katolicka; () Prawosławna; () Protestancka; () Islam; () Buddyzm.
 () Można wracać do domu i kontynuować przepisana kurację
 () Karta wyjścia dla lekarza rodzinnego

Po wyjściu z Pogotowia lub z Oddziału można zwracać się do:

() Lekarza rodzinnego jeśli jest zameldowany
 () Przychodni przy ul. Romagna nr 7 tel. 0735/793609 (Dr Bellardi) pon. i czwart. od 8.00-13.30.
 () Okienka przyjmowań otwartego w dni powszednie od 15.00-17.00 gdzie można uzyskać informacje i rady.

Aby zamówić wizyty specjalistyczne (chirurgia-ginekologia-zdejmowanie gipsu-Rentgen) należy zwrócić się do CUP (Jedyne Centrum Zamawiania) znajdującego się na parterze (piano 0) otwarte od godz. 7.30-13.30 włącznie z sobotą oraz od 14.30 do 18.30 od poniedziałku do piątku.

Uwaga: Na każdą wizytę specjalistyczną wymagane jest skierowanie od lekarza rodzinnego lub od dr Bellardi, w razie braku tych lekarzy można się zwrócić do lekarza na Dyżurze Nocnym od godz. 20.00 do godz. 8.00 w dni powszednie oraz w dni świąteczne i przedświąteczne od godz. 8.00 do godz. 20.00.

Legenda oddziałów i usług w szpitalu Matki Boskiej Pomocnej i w okolicy:

ODDZIAŁ/USŁUGA	PIĘTRO
ASTANTERIA/POGOTOWIE/REANIMACJA	-2
SALA OPERACYJNA DROBNYCH ZABIEGÓW	-2
KARDIOLOGIA/KORONARIE/AMBULATORIA	-1
SALA OPERACYJNA	-1
APTEKA SZPITALNA	-1
RADIOLOGIA/LABORATORIUM ANALIZ	0
BAR/OKIENKO PRZYJMOWAŃ	0
ORTOPEDIA/SALA GIPSOWAŃ/AMBULATORIA	+1
CENTRUM TRANSFUZJI KRWI/POBOR KRWI	+1
FIZJOTERAPIA/REHABILITACJA	+1
CHIRURGIA/AMBULATORIA	+2
OTORYNOLARYNGOJATRA/ AMBULATORIA	+2
EMODJALIZA/ AMBULATORIA	+2
GERIATRIA/ AMBULATORIA	+3
AMBULATORIA OKULISTYKA/LARYNGOLOG	+4
NEUROLOGIA/ AMBULATORIA	+4
MEDYCYNA/ONKOLOGIA/ AMBULATORIA	+5
PORODOWKA/PEDIATRIA/ AMBULATORIA	+5
UROLOGIA/GASTROENTEROLOGIA/AMBULATORIA	VIA ROMAGNA 7
DERMATOLOGIA/DENTYSTYKA	VIA ROMAGNA 7
AMBULATORIUM DR BELLARDI	VIA ROMAGNA 7
ZAPISY DO LEKARZA RODZINNEGO	BUD INEK PEDIATRIA
LEKARZ DYZURUJACY W NOCY I W DNI SWIATECZNE	BUD INEK PEDIATRIA
ALLERGOLOGIA	BUD INEK PEDIATRIA
S.E.R.T	BUD INEK PEDIATRIA
NEUROPSYCHIATRIA DZIECIECA/AMBULATORIA	BUD INEK PEDIATRIA