

KARTA PACJENTA

teleopieki

Numer identyfikacyjny opaski (IMEI)

Dzień dobry! Miło nam powitać Cię w gronie podopiecznych SiDLY. Aby w pełni korzystać ze wszystkich funkcji opaski telemedycznej oraz teleopieki ratowników medycznych, prosimy Cię o wypełnienie poniższego formularza. Gwarantujemy, że Twoje dane pozostaną poufne, bezpieczne i nie zostaną udostępnione jakimkolwiek podmiotom trzecim bez Twojej zgody.

WYPEŁNIJ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI



Dane użytkownika

Imię

Nazwisko

PESEL

E-mail

Płeć

Kobieta

Mężczyzna

Waga (kg)

Wzrost (cm)

Numer telefonu

Telefon stacjonarny



Adres zamieszkania

Województwo

Powiat

Gmina

Miejscowość

Ulica

Numer domu

Numer mieszkania

Kod pocztowy

Piętro

Numer klatki

Wskazówki dojazdu dla służb ratowniczych

Imię i nazwisko



Osoby do kontaktu

1

Osoba do kontaktu

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Powiązanie,
np. mąż, córka, sąsiad

Posiada klucze do mojego
mieszkania / domu

Adres
zamieszkania

Dodatkowe
informacje,
np. jak szybko może do
Ciebie dotrzeć

TAK, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych, w tym informacji o stanie zdrowia oraz wszelkich innych istotnych informacji medycznych wyżej wymienionej osobie.

Rozumiem, że ta zgoda jest dobrowolna i mogę ją w każdej chwili odwołać, składając pisemne oświadczenie w placówce medycznej. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszej zgody zgodnie z polityką prywatności SiDLY oraz obowiązującymi przepisami prawa.

2

Osoba do kontaktu

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Powiązanie,
np. mąż, córka, sąsiad

Posiada klucze do mojego
mieszkania / domu

Adres
zamieszkania

Dodatkowe
informacje,
np. jak szybko może do
Ciebie dotrzeć

TAK, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych, w tym informacji o stanie zdrowia oraz wszelkich innych istotnych informacji medycznych wyżej wymienionej osobie.

Rozumiem, że ta zgoda jest dobrowolna i mogę ją w każdej chwili odwołać, składając pisemne oświadczenie w placówce medycznej. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszej zgody zgodnie z polityką prywatności SiDLY oraz obowiązującymi przepisami prawa.

Imię i nazwisko

3 Osoba do kontaktu

Imię i nazwisko

Numer telefonu

Powiązanie,
np. mąż, córka, sąsiad

Posiada klucze do mojego
mieszkania / domu

Adres
zamieszkania

Dodatkowe
informacje,
np. jak szybko może do
Ciebie dotrzeć

TAK, wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych medycznych, w tym informacji o stanie zdrowia oraz wszelkich innych istotnych informacji medycznych wyżej wymienionej osobie.

Rozumiem, że ta zgoda jest dobrowolna i mogę ją w każdej chwili odwołać, składając pisemne oświadczenie w placówce medycznej. Wyrażam również zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji niniejszej zgody zgodnie z polityką prywatności SiDLY oraz obowiązującymi przepisami prawa.



Wywiad medyczny

Choroby:

- | | | | |
|---|---|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Cukrzyca | <input type="checkbox"/> Typ I | <input type="checkbox"/> Typ II |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Astma oskrzelowa | | |
| <input type="checkbox"/> Aparat słuchowy | <input type="checkbox"/> POChP | | |
| <input type="checkbox"/> Nadciśnienie tętnicze | <input type="checkbox"/> Nadczynność tarczycy | | |
| <input type="checkbox"/> Niewydolność krążenia | <input type="checkbox"/> Niedoczynność tarczycy | | |
| <input type="checkbox"/> Wysoki poziom cholesterolu | <input type="checkbox"/> Epilepsja | | |
| <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków - UTRWALONE | <input type="checkbox"/> Zaburzenia demencyjne | | |
| <input type="checkbox"/> Migotanie przedsionków - NAPADOWE | | | |
| <input type="checkbox"/> Inna arytmia | | | |
| <input type="checkbox"/> Przebyty zawał serca, rok _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Przebyty udar mózgu, rok _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Wszczepiony rozrusznik | | | |
| <input type="checkbox"/> Arytmia serca | | | |

Imię i nazwisko

Inne choroby

**Alergie (leki, pokarmy,
inne czynniki)**

Ocena samodzielności

Poruszanie się	<input type="checkbox"/> bez pomocy	<input type="checkbox"/> z chodzikiem	<input type="checkbox"/> o lasce
	<input type="checkbox"/> na wózku	<input type="checkbox"/> osoba leżąca	
Słuch	<input type="checkbox"/> dobry	<input type="checkbox"/> niedosłuch	<input type="checkbox"/> głuchota
Wzrok	<input type="checkbox"/> dobry	<input type="checkbox"/> niedowidzeni	<input type="checkbox"/> osoba niewidoma
Kontakt słowno-logiczny	<input type="checkbox"/> zachowany	<input type="checkbox"/> zróżnicowany	<input type="checkbox"/> niezachowany

**Miejsce przechowywania
dokumentacji medycznej**

**Miejsce przechowywania
leków**

np. pierwsza szuflada w komodzie pod telewizorem w salonie

Czy pacjent był zaszczepiony przeciw COVID-19?

Tak Nie

Data ostatniego szczepienia
przeciw COVID-19

D D / M M / R R R R

Czy pacjent przeżył COVID-19?

Tak Nie

Imię i nazwisko



Informacja o przyjmowanych na stałe lekach

Na nadciśnienie:

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amlodipine | <input type="checkbox"/> Lorista | <input type="checkbox"/> Prenessa | <input type="checkbox"/> Diured | <input type="checkbox"/> Spironol |
| <input type="checkbox"/> Amlopim | <input type="checkbox"/> Nebilenin | <input type="checkbox"/> Prestarium | <input type="checkbox"/> Diuresin | <input type="checkbox"/> Tertensif |
| <input type="checkbox"/> Amlozek | <input type="checkbox"/> TelmizekNebilet | <input type="checkbox"/> Primacor | <input type="checkbox"/> Diuver | <input type="checkbox"/> Toramide |
| <input type="checkbox"/> Axtil | <input type="checkbox"/> Nedal | <input type="checkbox"/> Tolucombi | <input type="checkbox"/> Furosemid | <input type="checkbox"/> Torsemed |
| <input type="checkbox"/> Captopril | <input type="checkbox"/> Noliprel | <input type="checkbox"/> Tritace | <input type="checkbox"/> Hydrochlorotiazyd | <input type="checkbox"/> Trifas |
| <input type="checkbox"/> Lacipil | <input type="checkbox"/> Perindopril | <input type="checkbox"/> Valsacor | <input type="checkbox"/> Indapen | <input type="checkbox"/> Polsar |
| <input type="checkbox"/> Lecalpin | <input type="checkbox"/> Piramil | <input type="checkbox"/> Vivace | <input type="checkbox"/> Toluralndix | <input type="checkbox"/> Telmisartan |
| <input type="checkbox"/> Lercan | <input type="checkbox"/> Polpril | <input type="checkbox"/> Co-Valsacor | <input type="checkbox"/> Nonpres | <input type="checkbox"/> Telmix |

Na niewydolność krążenia:

- | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acard | <input type="checkbox"/> Avedol | <input type="checkbox"/> Concor | <input type="checkbox"/> Plavix | <input type="checkbox"/> Preductal |
| <input type="checkbox"/> Acenocumarol | <input type="checkbox"/> Bisocard | <input type="checkbox"/> Eliquis | <input type="checkbox"/> Polocard | <input type="checkbox"/> Sintrom |
| <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Clexane | <input type="checkbox"/> Neoparin | <input type="checkbox"/> Pradaxa | <input type="checkbox"/> Xarelto |

Antyarytmiczne:

- | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amiodaron | <input type="checkbox"/> Beto | <input type="checkbox"/> Bisoratio | <input type="checkbox"/> Digoxin | <input type="checkbox"/> Polfenon |
| <input type="checkbox"/> Betaloc | <input type="checkbox"/> Bibloc | <input type="checkbox"/> Cordarone | <input type="checkbox"/> Metocard | <input type="checkbox"/> Rytmonorm |

Na cholesterol:

- | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apo-Simva | <input type="checkbox"/> Berimal | <input type="checkbox"/> Simvacard | <input type="checkbox"/> Simvastatin | <input type="checkbox"/> Zahron |
| <input type="checkbox"/> Atoris | <input type="checkbox"/> Crestor | <input type="checkbox"/> Simvachol | <input type="checkbox"/> Simvasterol | <input type="checkbox"/> Zaranta |
| <input type="checkbox"/> Atorvasterol | <input type="checkbox"/> Romazic | <input type="checkbox"/> Simvagen | <input type="checkbox"/> Tulip | <input type="checkbox"/> Zocor |
| <input type="checkbox"/> Atrox | <input type="checkbox"/> Roswera | | | |

Neurologiczne:

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betaserc | <input type="checkbox"/> Histigen | <input type="checkbox"/> Nootropil | <input type="checkbox"/> Polvertic | <input type="checkbox"/> Vicebrol |
| <input type="checkbox"/> Cavinton | <input type="checkbox"/> Memotropil | | | |

Nasenne:

- | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betaserc | <input type="checkbox"/> Nootropil | <input type="checkbox"/> Hydroxyzyna | <input type="checkbox"/> Olanzapin | <input type="checkbox"/> Trittico |
| <input type="checkbox"/> Cavinton | <input type="checkbox"/> Polvertic | <input type="checkbox"/> Ketrel | <input type="checkbox"/> Onirex | <input type="checkbox"/> Xanax |
| <input type="checkbox"/> Histigen | <input type="checkbox"/> Vicebrol | <input type="checkbox"/> Nasen | <input type="checkbox"/> Relanium | <input type="checkbox"/> Zolpic |
| <input type="checkbox"/> Memotropil | <input type="checkbox"/> Clonazepam | | | |

Przeciwbólowe:

- | | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aglan | <input type="checkbox"/> Doreta | <input type="checkbox"/> Mydokalm | <input type="checkbox"/> Opokan | <input type="checkbox"/> Sirdalud |
| <input type="checkbox"/> Apap | <input type="checkbox"/> Efferalgan | <input type="checkbox"/> Naproxen | <input type="checkbox"/> Paracetamol | <input type="checkbox"/> Tramal |
| <input type="checkbox"/> Biofenac | <input type="checkbox"/> Fentanyl plastry | <input type="checkbox"/> Nimesil | <input type="checkbox"/> Poltram combo | <input type="checkbox"/> Transtec plastry |
| <input type="checkbox"/> Buscopan | <input type="checkbox"/> Melonyn Plastry | <input type="checkbox"/> No-spa | <input type="checkbox"/> Scopolan | <input type="checkbox"/> Zaldiar |
| <input type="checkbox"/> Despa | <input type="checkbox"/> Ibuprofen/
Ibuprom/Ibum | | | |

Na cukrzycę

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diaprel | <input type="checkbox"/> Jardiance | <input type="checkbox"/> Trajenta |
| <input type="checkbox"/> Formetic | <input type="checkbox"/> Metformax | <input type="checkbox"/> Insulina "R" - dawka: _____ |
| <input type="checkbox"/> Glucophage | <input type="checkbox"/> Siforon | <input type="checkbox"/> Insulina "N" - dawka: _____ |

Imię i nazwisko

Na astmę/POChP:

- Alvesco Asmenol Budezonid Salbutamol Ventolin
 Asaris Berodual Monkasta Ultibro

Przeciwpadaczkowe:

- Amizepin Chrono Madopar Pregabalin Relanium
 Depakine Egzysta

Ośłonowe:

- Controloc Floradix IPP Nolpaza Sanprobi
 Dicoflor Gasec Mesopral Ortanol Trilac
 Enterol Helicid Panprazol/ Panzol/
Prazol/Polprazo

Mikroelementy, elektrolity:

- Kaldyum/Kalipoz Kwas foliowy Neurovit Wit. D3 Żelazo

Na tarczycę:

- Euthyrox
 Letrox

Inne:

- Milurit
 Vessel

Wpisz pozostałe przyjmowane leki na receptę wraz z dawkowaniem i zalecaną porą przyjęcia

Lp.	Nazwa leku	Dotyczy dolegliwości	Dodatkowe informacje
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Czy osoba mieszka sama?

- Tak Nie

Czy osoba objęta jest wsparciem w formie usług opiekuńczych?

- Tak Nie

Czy osoba korzysta z aktywności np. Klubu Seniora, Dziennego Domu?

- Tak Nie