

Formularz do wizyty lekarskiej, leczenie ogólne
(FORM FOR A GENERAL MEDICAL APPOINTMENT)



Szanowna/y Pani/e Doktorze, (*Dear Doctor*)

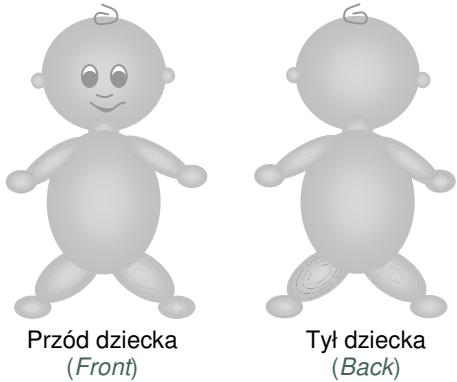
Poniżej opis objawów choroby mojego dziecka oraz miejsce na instrukcje lekarskie,
 (nie mówię po polsku) (*This is a form to translate the symptoms of my child
 and your medical instructions because I do not speak Polish.*)

Poniższe wypełnia rodzic (Parent to Complete)

A. Informacje dotyczące dziecka (Child's information)

1. Imię dziecka (<i>Child's name</i>)	
2. Wiek dziecka (<i>Child's age</i>)	_____ lata (<i>years</i>) _____ miesiąc/e (<i>months</i>)
3. Waga dziecka (jeżeli znana) (<i>Child's weight if known</i>)	

B. Symptomy choroby, wypełnia rodzic (Symptoms: Parent to tick all applicable)

4. Zaznaczyć objawy, jeżeli jest to możliwe (Indicate symptoms here if applicable):  <p>Przód dziecka (<i>Front</i>) Tył dziecka (<i>Back</i>)</p>	<table border="1"> <tr><td>Ma gorączkę (<i>has fever</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Boli je (wskazać miejsce) (<i>has pain here</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Ma wysypkę (<i>has a rash here</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Ma zakażenie (<i>has an infection here</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Ma kaszel (<i>has a cough</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Problemy z oddychaniem (<i>breathes with difficulty</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Ma katar (<i>has phlegm</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Dużo wymiotuje (<i>has been sick a lot</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Mało wymiotuje (<i>has been sick a little</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Ma rozwolnienie (<i>has diarrhoea</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Ma zaparcia (<i>is constipated</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Ma problem z oddawaniem moczu (<i>is in pain when urinating</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Nie chce jeść (<i>doesn't want to eat</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Inne (<i>other – consult phrase book</i>)</td><td></td></tr> </table>	Ma gorączkę (<i>has fever</i>)		Boli je (wskazać miejsce) (<i>has pain here</i>)		Ma wysypkę (<i>has a rash here</i>)		Ma zakażenie (<i>has an infection here</i>)		Ma kaszel (<i>has a cough</i>)		Problemy z oddychaniem (<i>breathes with difficulty</i>)		Ma katar (<i>has phlegm</i>)		Dużo wymiotuje (<i>has been sick a lot</i>)		Mało wymiotuje (<i>has been sick a little</i>)		Ma rozwolnienie (<i>has diarrhoea</i>)		Ma zaparcia (<i>is constipated</i>)		Ma problem z oddawaniem moczu (<i>is in pain when urinating</i>)		Nie chce jeść (<i>doesn't want to eat</i>)		Inne (<i>other – consult phrase book</i>)	
	Ma gorączkę (<i>has fever</i>)																												
Boli je (wskazać miejsce) (<i>has pain here</i>)																													
Ma wysypkę (<i>has a rash here</i>)																													
Ma zakażenie (<i>has an infection here</i>)																													
Ma kaszel (<i>has a cough</i>)																													
Problemy z oddychaniem (<i>breathes with difficulty</i>)																													
Ma katar (<i>has phlegm</i>)																													
Dużo wymiotuje (<i>has been sick a lot</i>)																													
Mało wymiotuje (<i>has been sick a little</i>)																													
Ma rozwolnienie (<i>has diarrhoea</i>)																													
Ma zaparcia (<i>is constipated</i>)																													
Ma problem z oddawaniem moczu (<i>is in pain when urinating</i>)																													
Nie chce jeść (<i>doesn't want to eat</i>)																													
Inne (<i>other – consult phrase book</i>)																													
5. Ile dni występują objawy choroby (<i>for how many days have the symptoms been present?</i>)	_____ Dni (<i>days</i>)																												
6. Czy dziecko dostało dzisiaj jakieś lekarstwa? (<i>has your child taken medicine today?</i>)	Tak (<i>Yes</i>). jakie? (<i>which?</i>) _____ Kiedy (<i>when?</i>) _____ am/pm																												

C. Historia choroby (Medical History)

7. Alergie – jeżeli występuje, zaznaczyć (<i>allergies – tick all that apply</i>)	<table border="1"> <tr><td>Astma (<i>asthma</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Katar sienny (<i>hayfever</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Egzema (<i>eczema</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Penicilina (<i>penicillin</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Gips (<i>Plasters</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Pożywienie – jakie? (<i>food – which?</i>)</td><td></td></tr> <tr><td>Inne lekarstwa – jakie? (<i>other medicines – which?</i>)</td><td></td></tr> </table>	Astma (<i>asthma</i>)		Katar sienny (<i>hayfever</i>)		Egzema (<i>eczema</i>)		Penicilina (<i>penicillin</i>)		Gips (<i>Plasters</i>)		Pożywienie – jakie? (<i>food – which?</i>)		Inne lekarstwa – jakie? (<i>other medicines – which?</i>)	
Astma (<i>asthma</i>)															
Katar sienny (<i>hayfever</i>)															
Egzema (<i>eczema</i>)															
Penicilina (<i>penicillin</i>)															
Gips (<i>Plasters</i>)															
Pożywienie – jakie? (<i>food – which?</i>)															
Inne lekarstwa – jakie? (<i>other medicines – which?</i>)															
8. Przebyte choroby (<i>Other medical history</i>)															



Poniższe wypełnia Lekarz (Doctor to Complete)

D. Instrukcje instrukcje: przepisane leki

(Doctor's instructions: Medicine to be administered)

9. Nazwa leku <i>(medicine name)</i>	
10. Dawkowanie? <i>(how much per dose?)</i>	_____ml _____tabletki (tablets) _____ krople (drop) _____ inne (other)
11. Ile razy dziennie? <i>(how many times a day?)</i>	
12. Przez ile dni? <i>(for how many days?)</i>	
13. Czy konieczna jest dodatkowa wizyta? <i>(does my child need to return to see you?)</i>	Tak (yes) / Nie (no) Dzień (Day): ● Poniedziałek (Mon) [należy zaznaczyć] ● Wtorek (Tues) ● Środa (Weds) ● Czwartek (Thu) ● Piątek (Fri)

E. Dodatkowe zalecenia (other instructions)

14. Czy dziecko powinno iść do szpitala? [proszę zaznaczyć] <i>(My child needs to go to hospital?)</i>	Tak – niezwłocznie <i>(yes immediately)</i> Tak – na wizytę – zgodnie z sugestią lekarza <i>(yes with an appointment - doctor will give instructions)</i> Nie (no)
15. Inne zalecenia – proszę zapisać obok, przetłumaczę później. <i>(Other instructions – please write them here and I will translate them later)</i>	

F. Informacja do rejestracji: (Note for reception)

Proszę o rejestrację mojego dziecka na dzień, zdefiniowany w pkt. 13 _____. Dziękuję.
(Please could my child have an appointment for the above day in box 13. Thankyou.)

Do wypełnienia przez osobę rejestrującą wizytę (pielęgniarkę): (reception please complete)

Wizyta (appointment): _____ Data (date) _____ Godzina (time)

_____ Lekarz (doctor)