

KARTA PACIENTA

Jméno:

Rodné číslo

Zdravotní pojišťovna

Kontakty na zákonné zástupce

Uplave bezpečně 100m

Kamarád na táboře

Pravidelné léky

Zdravotní omezení

Stravovací omezení

Alergie (na co a čím se projevuje)

Výchovné problémy / Noční děsy / Fobie / Doplnění

KARTA PACIENTA UŽÍVANÉ LÉKY

Jméno:

S čím se léčí a jaké jsou projevy:

P R V N Í L É K	Název užívaného léku :	
	<input type="checkbox"/>	Pravidelný
	<input type="checkbox"/>	Při obtížích
	Dávkování:	
	Nepodávat s:	
Projevy / omezení po podání léku jsou (např. únava):		
Důležité info. z příbalového letáku k léku:		

D R U H Ý L É K	Název užívaného léku :	
	<input type="checkbox"/>	Pravidelný
	<input type="checkbox"/>	Při obtížích
	Dávkování:	
	Nepodávat s:	
Projevy / omezení po podání léku jsou (např. únava):		
Důležité info. z příbalového letáku k léku:		

ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM BOLEST BŘICHA

Jméno:

Datum:

Čas:

Jméno ošetřujícího:

Podpis

O
B
T
Í
Ž
E

A

V
Y
Š
E
T
Ř
E
N
Í

První návštěva:

Druhá kontrola:

Čas:

Třetí kontrola:

Čas:

	První návštěva	Druhá kontrola	Třetí kontrola
Úraz v oblasti břicha, i několik dní zpátky	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Horečka = víc než 38 °C	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Naměřená tělesná teplota (vyplň hodnotu)			
Možné těhotenství	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Tvrdé břicho	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Obtíže s dýcháním	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Krvavá či dehtovitě černá stolice	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Krev ve zvracích	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Trvání bolesti víc než 12h.	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Krutá bolest	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Známky dehydratace	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Subjektivní bolestivost 0-10 (10 = nejhorší - vyplň hodnotu)			

O
Š
E
T
Ř
E
N
Í

První návštěva:

Druhá kontrola:

Třetí kontrola:

D
A
L
Š
Í

P
L
Á
N

První návštěva:

Druhá kontrola:

Třetí kontrola:

ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM OBEČNÝ ZÁPIS

Jméno:

Datum:

Čas:

Jméno ošetřujícího:

Podpis

O
B
T
Í
Ž
E

A

V
Y
Š
E
T
Ř
E
N
Í

První návštěva:

Druhá kontrola:

Čas:

Třetí kontrola:

Čas:

O
Š
E
T
Ř
E
N
Í

První návštěva:

Druhá kontrola:

Třetí kontrola:

D
A
L
Š
Í

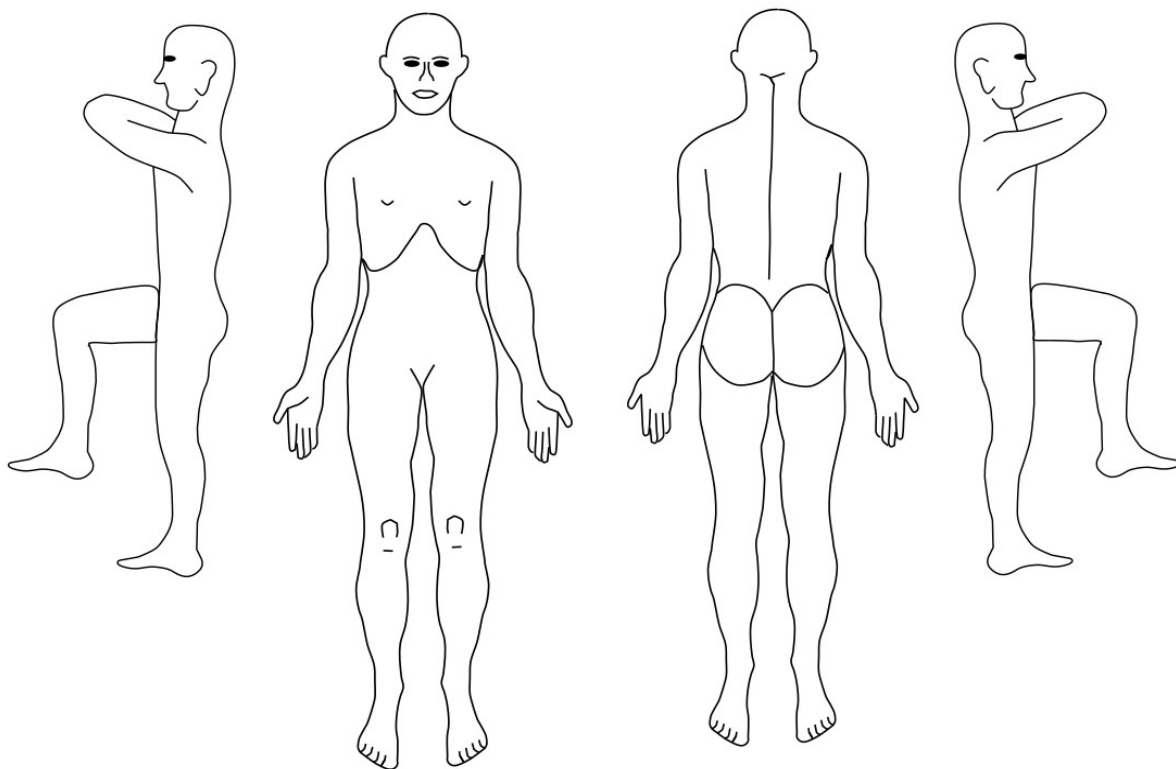
P
L
Á
N

První návštěva:

Druhá kontrola:

Třetí kontrola:

ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM KLÍŠTĚ		Jméno:	
Jméno ošetřujícího:			Podpis
Klíště č.	Datum a čas	Místo a poznámky	
Klíště č.	Datum a čas	Místo a poznámky	
Klíště č.	Datum a čas	Místo a poznámky	
Klíště č.	Datum a čas	Místo a poznámky	
Klíště č.	Datum a čas	Místo a poznámky	
Klíště č.	Datum a čas	Místo a poznámky	



ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM ÚRAZ HLAVY

Jméno:

Datum:

Čas:

Jméno ošetřujícího:

Podpis

Mechanismus úrazu:

První návštěva:

Druhá kontrola:

Čas:

Třetí kontrola:

Čas:

O
B
T
Í
Ž
E

A
V
Y
Š
E
T
Ř
E
N
Í

	První vyšetření	Druhá kontrola	Třetí kontrola
Bezvědomí po úraze, i krátkodobé	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Není schopen popsat co se stalo (Porušena paměť na událost)	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Nápadně odlišné chování (zmatení, neklid, porucha vědomí ...)	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Opakované zvracení (přetrvávající nevolnost)	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Krutá bolestivost	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Porušení celistvosti lebky	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Výtok bezbarvé tekutiny nebo krve z uší či nosu	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Subjektivní bolestivost 0-10 (10 nejhorší vyplň hodnotu)			

První návštěva:

Druhá kontrola:

Třetí kontrola:

O
Š
E
T
Ř
E
N
Í

První návštěva:

Druhá kontrola:

Třetí kontrola:

D
A
L
Š
Í

P
L
Á
N

ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM ALERGICKÁ REAKCE

Jméno: _____

Datum: _____ Čas: _____

Jméno ošetřujícího: _____ Podpis _____

Popis a zasažená oblast

**O
B
T
Í
Ž
E**

První návštěva: _____

Druhá kontrola: _____
Čas: _____

Třetí kontrola: _____
Čas: _____

	První vyšetření	Druhá kontrola	Třetí kontrola
Výrazný otok	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Dechové obtíže	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Vyrážka, svědění nebo otok mimo zasaženou oblast	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Obtíže pro pacienta neznámé nebo neobvyklý průběh	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne

**O
Š
E
T
Ř
E
N
Í**

První návštěva: _____

Druhá kontrola: _____

Třetí kontrola: _____

**D
A
L
Š
Í
P
L
Á
N**

První návštěva: _____

Druhá kontrola: _____

Třetí kontrola: _____

ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM ÚRAZ KONČETINY

Jméno: _____

Datum: _____ Čas: _____

Jméno ošetřujícího: _____ Podpis: _____

Mechanismus úrazu: _____

První návštěva: _____

Druhá kontrola:
Čas: _____

Třetí kontrola:
Čas: _____

	První vyšetření	Druhá kontrola	Třetí kontrola
Otevřená zlomenina	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Neschopnost zatížení	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Omezená hybnost	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Necitlivé prsty, mravenčení prstů / brnění / pálení	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Změna barvy / teploty oproti druhé končetině	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Velká či nápadně se zvětšující modřina	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Cítil prasknutí / lupnutí	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne

První návštěva: _____

Druhá kontrola: _____

Třetí kontrola: _____

První návštěva: _____

Druhá kontrola: _____

Třetí kontrola: _____

O
B
T
Í
Ž
E

A

V
Y
Š
E
T
Ř
E
N
Í

O
Š
E
T
Ř
E
N
Í

D
A
L
Š
Í

P
L
Á
N

ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM RÁNA

Jméno: _____

Datum: _____ Čas: _____

Jméno ošetřujícího: _____ Podpis: _____

Mechanismus úrazu: _____

První návštěva: _____

Druhá kontrola: _____
Čas: _____

Třetí kontrola: _____
Čas: _____

	První vyšetření	Druhá kontrola	Třetí kontrola
Viditelné struktury uvnitř rány	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Rána je rozštěpená (okraje nedrží u sebe)	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Silné znečištění rány	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Riziková (pokousání / podrápání zvířetem / vznik v inf. prostředí)	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Známky infekce, zánět, otok, zápach	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne

První návštěva: _____

Druhá kontrola: _____

Třetí kontrola: _____

První návštěva: _____

Druhá kontrola: _____

Třetí kontrola: _____

O
B
T
Í
Ž
E

A

V
Y
Š
E
T
Ř
E
N
Í

O
Š
E
T
Ř
E
N
Í

D
A
L
Š
Í

P
L
Á
N

ZDRAVOTNÍ ZÁZNAM BODNUTÍ HMYZEM

Jméno:

Jméno ošetřujícího:

Podpis

Bodnutí č:	Datum a čas	Místo a poznámky		
	Dechové obtíže nebo motání hlavy	První vyšetření Ano / Ne	Druhá kontrola Ano / Ne	Třetí kontrola Ano / Ne
	Výrazný otok kolem vpichu	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
	Otok mimo vpich	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Bodnutí č:	Datum a čas	Místo a poznámky		
	Dechové obtíže nebo motání hlavy	První vyšetření Ano / Ne	Druhá kontrola Ano / Ne	Třetí kontrola Ano / Ne
	Výrazný otok kolem vpichu	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
	Otok mimo vpich	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
Bodnutí č:	Datum a čas	Místo a poznámky		
	Dechové obtíže nebo motání hlavy	První vyšetření Ano / Ne	Druhá kontrola Ano / Ne	Třetí kontrola Ano / Ne
	Výrazný otok kolem vpichu	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne
	Otok mimo vpich	Ano / Ne	Ano / Ne	Ano / Ne

