Будь ласка, заповніть цю форму, щоб ми змогли вам допомогти

Please Complete This Form So We Can Help You

Тримайте цей документ при собі. Незабаром співробітник перегляне ваш документ.
Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

Ім'я пацієнта _____
Patient's name

☐ Чоловік
Male

Вік _____
Age

Вага _____ кілограмів/фунтів
Weight kilograms/pounds

☐ Жінка
Female

Хто заповнює цю форму?

☐ Я, пацієнт
☐ Член сім'ї або друг пацієнта
☐ Перекладач для пацієнта

Who is filling out this form?

Me, the patient
Patient's family member or friend
An interpreter for the patient

Чому ви тут знаходитесь?

☐ У мене хвороба або травма через катастрофу
☐ У мене хвороба або травма, але не через катастрофу
☐ Я тут, щоб допомогти або розшукати члена сім'ї

Why are you here?

I am ill or injured because of a disaster
I am ill or injured but not because of a disaster
I am here to help or look for a family member

Ви вагітні?

☐ Так
☐ У мене перейми
☐ Ні
☐ Я не впевнена

Are you pregnant?

Yes
I am in labor
No
I am not sure

Ви виїжджали за межі країни протягом останніх 2 місяців?

☐ Так
☐ Ні

Якщо так, то до якої країни?

_____

Have you traveled outside the country in the past 2 months?

Yes
No

If yes, to what country?

_____

Які у вас проблеми?
Позначте все, що вас непокоїть.

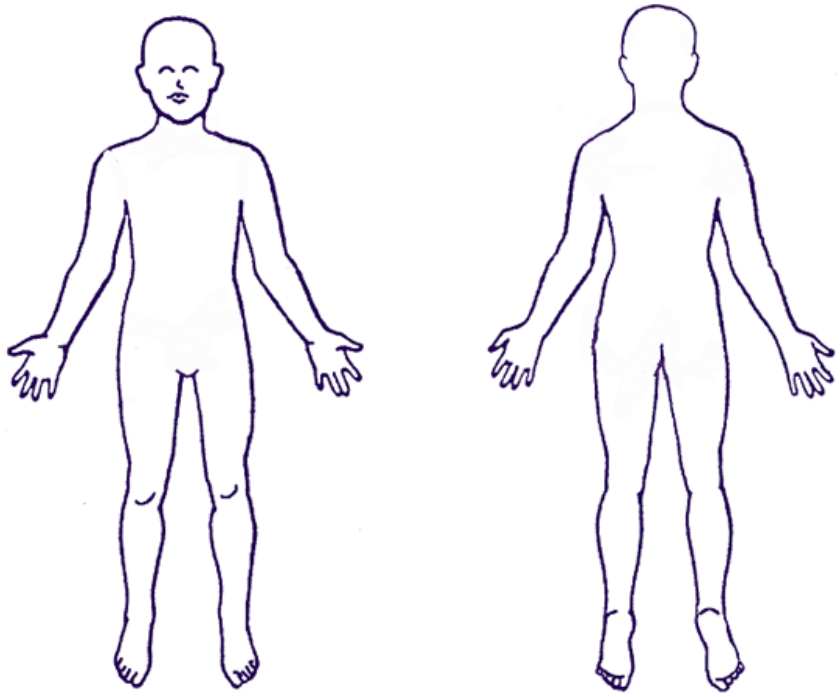
- ☐ У мене проблеми з диханням
- ☐ У мене біль, почуття тиску або дискомфорт у грудях
- ☐ У мене кровотеча
- ☐ У мене сильно болить голова
- ☐ Я відчуваю запаморочення або слабкість
- ☐ У мене проблеми із зором
- ☐ Я не чую
- ☐ У мене перелом кістки
- ☐ Я відчуваю печіння шкіри
- ☐ У мене на шкірі висип, набряк або почервоніння
- ☐ Я відчуваю оніміння або поколювання
- ☐ У мене нудота, блювота або діарея
- ☐ У мене нежить, кашель або підвищена температура

What problem are you having?
Mark all that apply.

- I am having trouble breathing
- I am having chest pain, pressure or discomfort
- I am bleeding
- I have a severe headache
- I feel dizzy or lightheaded
- I am having problems seeing
- I cannot hear
- I have a broken bone
- My skin is burning
- I have a skin rash, swelling or redness
- I feel numbness or tingling
- I have nausea, vomiting or diarrhea
- I have a runny nose, cough or a fever

Mark on these figures where you feel pain.

Mark on these figures where you feel pain.



Позначте всі захворювання або розлади, які у вас є наразі або були в минулому.	**Mark any diseases or conditions you have or have had in the past.**
☐ Астма	Asthma
☐ Діабет	Diabetes
☐ Захворювання серцево-судинної системи	Heart disease
☐ Гепатит	Hepatitis
☐ Підвищений артеріальний тиск	High blood pressure
☐ Пригнічення імунітету через ВІЛ, рак чи з іншої причини	Immunosuppression from HIV, cancer or other reason
☐ Інсульт	Stroke

Позначте всі лікарські препарати, які ви приймаєте.	**Mark any medicines you are taking.**
☐ Серцеві лікарські препарати	Heart medicines
☐ Лікарські препарати для нормалізації артеріального тиску	Blood pressure medicines
☐ Розріджувачі крові, такі як кумадин	Blood thinners such as Coumadin
☐ Лікарські препарати для нормалізації дихання	Breathing medicines
☐ Інсулін	Insulin
☐ Інші безрецептурні лікарські препарати, такі як антацидн**і, проносні або знеболювальні препарати**	Other over the counter medicines such as antac**ids, laxatives or pain medicines**

Позначте всі алергії, які маєте.	**Mark any allergies you have.**
☐ Молочні продукти або яйця	Dairy products such as eggs or milk
☐ Морепродукти	Seafood
☐ Барвник або йод	Dye or iodine
☐ Аспірин	Aspirin
☐ Пеніцилін	Penicillin
☐ Морфін	Morphine
☐ Сульфаніламід	Sulfa
☐ Латекс	Latex
☐ Інші _____	Other _____

© 2007 - September 24, 2019, Health Information Translations.

Content developed through a partnership of the Central Ohio Trauma System, the Columbus Medical Association Foundation, Columbus Public Health, Franklin County Board of Health, Mount Carmel Health, Ohio State University Medical Center and OhioHealth, Columbus, Ohio. Available for use as a public service without copyright restrictions at www.healthinfotranslations.org.