

Evidenční list pacienta - Обліковий лист пацієнта

Osobní a kontaktní údaje pacienta / Особисті та контактні дані пацієнта

příjmení pacienta	Прізвище	
jméno	Ім'я	
datum narození	Дата народження	
číslo pojištění v.z.p.	Номер страхувальника В.З.П. (V.Z.P.)	
číslo pasu	Номер паспорта	
číslo víza	Номер візи	
adresa UA ulice a číslo	Адреса в Україні	
adresa UA město/obec		
adresa ČR ulice a číslo	Адреса в Чехії	
adresa ČR město/obec		

Osobní a kontaktní údaje zákonného zástupce. Особисті та контактні дані законного представника дитини

zákonny zástupce příjmení	Прізвище законного представника	
jméno	Ім'я	
vztah k pacientovi (matka,..)	Ким, ця особа є пацієнтові (мати...)	
datum narození	Дата народження	
číslo pasu	Номер паспорта	
číslo víza	Номер візи	
mobil ČR	Мобільний номер в Чехії	
email	Електронна пошта	
	Адреса в Чехії	

Další kontaktní osoba / Інша контактна особа

další kont. osoba příjmení	Прізвище іншої контактної особи	
jméno	Ім'я	
vztah k pacientovi	Ким, ця особа є пацієнтові (мати...)	
mobil ČR	Мобільний номер в Чехії	
email	Електронна пошта	

Zdravotní informace / Інформація про здоров'я

Matka jméno a zdravotní stav	Ім'я матері та стан здоров'я	
Otec jméno a zdravotní stav	Ім'я батька та стан здоров'я	
Sourozenci jména a zdravotní stav	Ім'я братів та/або сестер та стан їх здоров'я	
Porodní váha dítěte, délka, týden těhotenství	Вага дитини при народженні, тривалість, тиждень вагітності	_____gramů _____cm _____týden
Komplikace po porodu?	Післяпологові ускладнення?	
Kdy začal/a chodit	Коли він почав ходити?	
Trpí na časté infekce dýchacích cest?	Чи страждаєте ви частими респіраторними інфекціями?	
Do kdy byl kojen?	Доки його годували грудьми?	
Měl/má problémy s pomočováním?	Чи мали він/вона проблеми з сечовипусканням?	

Závažná onemocnění dítěte	Серйозні захворювання дитини	<input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> Hepatitis/Гепатит <input type="checkbox"/> Spalničky/кір <input type="checkbox"/> Zarděnky/краснуха <input type="checkbox"/> Příušnice/паротит <input type="checkbox"/> Černý kašel/кашлюк
Alergie	Алергія	
Úrazy a operace	Травми та операції	
Byl někdy hospitalizován? Kdy a proč?		
Jiné informace	Інша інформація	
Strava	Приймає ліки	
Užívá léky	Є під контролем фахівця	
Sledován u specialisty	контролюється фахівцем	

Aktuální stav: Поточний стан:	<input type="checkbox"/> teplota/температура <input type="checkbox"/> kašel/кашель <input type="checkbox"/> zvracení/блювота <input type="checkbox"/> průjem/diарея <input type="checkbox"/> bolesti hlavy/головні болі <input type="checkbox"/> vyrážka/ekzém\екземний висип
Chronická onemocnění	<input type="checkbox"/> Cukrovka / Цукровий діабет <input type="checkbox"/> Onemocnění srdce / Хвороби серця <input type="checkbox"/> Onemocnění plic / Захворювання легенів <input type="checkbox"/> Onemocnění ledvin / Хвороба печінки <input type="checkbox"/> Neurologické onemocnění / Неврологічні захворювання <input type="checkbox"/> Nemoci zažívacího traktu / Захворювання травного тракту <input type="checkbox"/> Nádorové onemocnění / Рак Jiné / Інший

Léky které užívá. Ліки, які він приймає.	
Má dostatek léků na 7 dnů? Чи вистачить йому ліків на 7 днів?	

Bylo dítě v posledních 21 v kontaktu s osobou, které bylo potvrzeno akutní infekční onemocnění? Чи контактувала дитина за останні 21 рік з особою, у якої було підтверджено гостре інфекційне захворювання?	ano	ne
Bylo dítěti v posledních 21 dnech potvrzeno infekční onemocnění? Чи діагностували у дитини інфекційне захворювання за останні 21 день?	ano	ne
Vyskytla se ve vaší rodině tuberkulóza? У вашій родині хворіли на туберкульоз?	ano	ne
Prodělalo dítě Covid-19? Kdy?	ano	ne
Setkalo se dítě v posledních 10 dnech s osobou s potvrzeným onemocněním Covid-19?	ano	ne

Očkování / Вакцинація

Má doklad o očkování	Наявність документу вакцинації	ano	ne
Hepatitis B	Гепатит В	ano	ne
Tetanus	Правець	ano	ne
Záškrt	Дифтерія	ano	ne
Černý kašel	Кашлюк	ano	ne
Poliomyelitis	Поліомієліт	ano	ne
Neisseria meningitidis B	Гемофільна інфекція типу В	ano	ne
MMR (spalničky, zarděnky, příušnice)	Кір, краснуха, паротит	ano	ne
TBC	Туберкульоз	ano	ne
Covid-19	Covid-19	ano	ne
Ostatní - vyjmenuj	Інші - список		

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

Дата:

Підпис законного представника: