Jméno, příjmení / **Ім’я, прізвище:**

Datum narození / **Дата народження (день, місяць, рік):**

Datum příchodu do ČR / **Дата приїзду до Чеської Республіки:**

|  |
| --- |
| *Osobní anamnéza /* **Особистий анамнез** |

Zaškrtněte prodělaná onemocnění v minulosti / **Означте перенесені захворювання**

|  |  |
| --- | --- |
| Léková alergie / **Алергії на будь-які ліки** | Tetanus / **Правець (столбняк)** |
| Tuberkulóza / **туберкульоз** | Operace / **Перенесені операції** |
| Virová hepatitida A,B,C / **гепатит** **A,B,C** | Jiné choroby / **Інші хвороби** |
| Dětské nemoci (Spalničky, Příušnice, Zarděnky, Záškrt, Černý kašel) / **Дитячі хвороби (Кір, Епідемічний паротит (свинка), краснуха, дифтерія, кашлюк (коклюш))** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Léčíte se s některou z následujících nemocí ?/* ***Чи маєте зараз якісь перераховані захворювання, що потребують гострої допомоги?*** | | |
| Cukrovka / **Цукровий діабет** |  | Neurologické onemocnění / **Неврологічні захворювання** |
| Onemocnění srdce / **Захворювання серця** |  | Nemoci zažívacího traktu/**Захворювання травного тракту** |
| Onemocnění plic / **Захворювання легень** |  | Nádorové onemocnění / **Захворювання наднирників** |
| Onemocnění ledvin / **Захворювання нирок** |  | HIV/AIDS / **ВІЛ/СНІД** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Farmakologická anamnéza /* ***Фармакологічний анамнез*** | | |
| Jaké léky trvale užíváte/ **Які ліки приймаєте на постійній основі?** | | |
| Máte dostatek léků pro léčbu svého onemocnění (na min. 7 dní)? / **У вас достатньо медичних препаратів для лікування вашого захворювання (мінімум на 7 днів)?** | ***TAK***  ANO | ***HI***  NE |
| Používáte zdravotnické pomůcky?/**Користуєтесь медичною технікою (напр., каталка)?** | ANO | NE |
| Potřebujete předepsat zdravotnické pomůcky?/ **Є потреба призначення техніки?** | ANO | NE |
| Ženy- těhotenství + trimestr / **Жінки – вагітність, який зараз триместр :** | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Nynější onemocnění /* ***Наявні зараз захворювання*** | | |
| *Máte v současné době nějaký z níže uvedených příznaků/****У вас є зараз якісь симптоми, із нижче перерахованих*** | | |
| teplota / **температури** |  | nemohu dýchat / **не можу дихати** |
| kašel / **кашель** |  | potíže s chůzí / **ускладнена ходьба** |
| průjem / **діарея** |  | poruchy vědomí / **порушення свідомості** |
| bolesti břicha / **біль у животі** |  | poruchy vidění / **порушення зору** |
| bolesti hlavy / **головний біль** |  | křeče a jiné záchvatovité stavy / **судоми та приступи** |
| bolest na prsou /**біль за грудиною** |  | zahmyzení (vši, blechy, svrab) / **наявність зовнішніх паразитів   (воші, блохи, короста (чесотка))** |
| vyrážka / **висип** |  | jiné / **інше** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Byl/a jste očkován/a proti následujícím onemocnění /****Ви вакциновані від наступних захворювань*** | | | | | | |
|  | ***ТАК*** | ***НІ*** |  |  | ***ТАК*** | ***НІ*** |
| Spalničky / **Кір** | ANO | NE |  | Černý kašel / **Кашлюк (Коклюш)** | ANO | NE |
| Zarděnky / **Краснуха** | ANO | NE |  | Přenosná dětská obrna / **Поліомієліт** | ANO | NE |
| Příušnice / **Епідпаротит** | ANO | NE |  | Virová hepatitida A / **Вірусний гепатит А** | ANO | NE |
| Záškrt / **Дифтерія** | ANO | NE |  | Virová hepatitida B/ **Вірусний гепатит В** | ANO | NE |
| Tetanus / **Правець** | ANO | NE |  | Tuberkulóza / **Туберкульоз** | ANO | NE |
| *Covid-19* | | | | | | |
| Proděl/a jste v posledních 6 měsících onemocnění Covid-19 / **За останні 6 місяців переніс/несла Сovid-19** | | | | | ANO | NE |
| Byl/a jste proti onemocnění Covid-19 očkován/a / **Був/була вакцинована від Сovid-19** | | | | | ANO | NE |
| Chcete být očkován proti Covid-19? / **Хочете вакцинуватись від Сovid-19** | | | | | ANO | NE |