

## 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

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

Zdravotní informace / Інформація про здоров'я

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

<b>Závažná onemocnění dítěte</b>	<b>Серйозні захворювання дитини</b>	<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
<b>Alergie</b>	<b>Алергія</b>	
<b>Úrazy a operace</b>	<b>Травми та операції</b>	
<b>Byl někdy hospitalizován? Kdy a proč?</b>		
<b>Jiné informace</b>	<b>Інша інформація</b>	
<b>Strava</b>	<b>Приймає ліки</b>	
<b>Užívá léky</b>	<b>Є під контролем фахівця</b>	
<b>Sledován u specialisty</b>	<b>контролюється фахівцем</b>	

<b>Aktuální stav: Поточний стан:</b>	<input type="checkbox"/> teplota/температура <input type="checkbox"/> kašel/кашель <input type="checkbox"/> zvracení/блювота <input type="checkbox"/> průjem/діарея <input type="checkbox"/> bolesti hlavy/головні болі <input type="checkbox"/> vyrážka/ekzém\екземний висип
<b>Chronická onemocnění</b>	<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

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

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

#### Očkování / Вакцинація

<b>Má doklad o očkování</b>	<b>Наявність документа вакцинації</b>	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	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: