

▪ **Να συμπληρωθεί (από ασθενείς)**

Παρακαλώ γράψτε το όνομά σας εδώ.	
Παρακαλώ γράψτε τη διεύθυνσή σας εδώ.	
Παρακαλώ γράψτε την ηλικία σας εδώ.	
Παρακαλώ γράψτε το όνομα και τον αριθμό τηλεφώνου κάποιου με τον οποίο μπορούμε να επικοινωνήσουμε.	

▪ **Ερωτήσεις από παρόχους υγείας που θα απαντηθούν από ασθενείς με «ναι» ή «όχι»**

	ναι	όχι
1. Νιώθετε πόνο;		
2. Έχετε οξύ πόνο;		
3. Έχετε συνεχή πόνο;		
4. Έχετε χάσει ποτέ τις αισθήσεις σας;		
5. Έχετε δύσπνοια;		
6. Έχετε αιμορραγία;		
7. Έχετε πονοκέφαλο;		
8. Έχετε πόνο στο στομάχι;		
9. Έχετε διάρροια;		
10. Είστε δυσκοιλιότητα;		
11. Έχετε κάνει εμετό;		
12. Έχετε υψηλή αρτηριακή πίεση;		
13. Κάνατε ποτέ εγχειρήσεις ή/και άλλες ιατρικές επεμβάσεις;		
14. Είχατε ποτέ καρδιακά προβλήματα;		

	ναι	όχι
15. Υποφέρετε από διαβήτη;		
16. Υποφέρετε από επιληψία;		
17. Υποφέρετε από άσθμα;		
18. Παίρνετε φάρμακα;		
19. Είστε αλλεργικοί σε οποιοδήποτε φάρμακο;		
20. Είστε έγκυος;		

▪ **Επεξηγήσεις (από παρόχους υγείας):**

1. Θα σε εξετάσω.
2. Θα πάρω την αρτηριακή σας πίεση.
3. Θα ακούσω το στήθος σου και θα εξετάσω την αναπνοή σου.
4. Θα εξετάσω την καρδιά σας.
5. Θα σας κάνω μια ένεση.
6. Θα σας γράψω μια συνταγή.
7. Θα σας γράψω μια εξέταση αίματος.
8. Θα σας γράψω μια εξέταση ούρων.
9. Θα σας γράψω μια ακτινογραφία.
10. Πρέπει να μείνετε στο νοσοκομείο.

▪ **Εντολές (από παρόχους υγείας):**

1. Ανοίξτε το στόμα σας και πείτε «ααα».
2. Ξεντυθείτε από τη μέση και πάνω.
3. Ξεντυθείτε από τη μέση και κάτω.
4. Ξαπλώστε στο κρεβάτι.
5. Πάρτε μια βαθιά αναπνοή και κρατήστε την για λίγο.
6. Αναπνεύστε κανονικά.
7. Μην φάτε τίποτα.
8. Μην πιείτε τίποτα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ!