



برگه اطلاعات در شرایط اضطراری با شماره 911 تماس بگیرید

Farsi

اطلاعات تماس CONTACT INFORMATION

نام خانوادگی (Last Name) نام (First Name)

شماره آپارتمان (Apartment Number) نشانی (Address)

کد پستی (Postal Code) شهر (City)

تلفن جایگزین (Alt. Phone) تلفن اصلی (Main Phone)

روز (day) ماه (month) سال (year) تاریخ تولد (Birth Date) کارت بهداشت (Health Card)

زن (F) مرد (M) جنسیت (Gender) زبان (های) اصلی (Primary Language)

در فایل با (On file with) بخشنامه مراقبت پیشرفته (Advanced Care Directive)

مخاطب اضطراری 1 (Emergency Contact 1)

تلفن جایگزین (Alt. Phone) تلفن اصلی (Main Phone)

مخاطب اضطراری 2 (Emergency Contact 2)

تلفن جایگزین (Alt. Phone) تلفن اصلی (Main Phone)

ارائه دهنده مراقبت اصلی (Primary Care Provider)

تلفن (Phone)

سابقه پزشکی مربوطه RELEVANT MEDICAL HISTORY

قلب (آنژین صدری، حمله قلبی، بای پس، دستگاه تنظیم ضربان قلب)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker))

فشار خون (فشار خون بالا)
(Hypertension (high blood pressure))

سرطان
(Cancer)

سکته مغزی / حمله ایسکمی گذرا
(Stroke/TIA)

نارسایی احتقانی قلب
(Congestive heart failure)

آلزایمر
(Alzheimer)

دیابت (وابسته به انسولین / غیر وابسته به انسولین)
(Diabetic (insulin / non insulin dependant))

تشنج
(Seizure (convulsions))

زوال عقل
(Dementia)

بیماری انسداد ریوی مزمن (آمفیزم، برونشیت)
(COPD (emphysema, bronchitis))

آسم
(Asthma)

اعصاب و روان
(Psychiatric)

سایر موارد
(Other)

داروها MEDICATIONS

_____ (11)	_____ (6)	_____ (1)
_____ (12)	_____ (7)	_____ (2)
_____ (13)	_____ (8)	_____ (3)
_____ (14)	_____ (9)	_____ (4)
_____ (15)	_____ (10)	_____ (5)

حساسیت به داروها MEDICAL ALLERGIES

کدئین
(Codeine)

سولفا
(Sulpha)

آ.س.آ (اسپیرین)
(ASA)

پنی سیلین
(Penicillin)

هیچ حساسیت شناخته شده ای وجود ندارد
(No Known Allergies)

سایر موارد
(Other)

ملاحظات ویژه SPECIAL CONSIDERATIONS

_____ عفونت / بیماری واگیردار
(Communicable Infection / Disease)

_____ سایر موارد
(Other)

تاریخ گسترده
(Extensive history) ← _____ قرارداد بیمارستان
(Hospital affiliation)

_____ تخصص (دیالیز، اعصاب و غیره)
(Specialty (dialysis, neuro, etc))

حرکتی / حسی MOBILITY / SENSORY

پروتز دندان
(Dentures)

بینایی (اختلال / عینک طبی / نابینا)
(Visual impairment / glasses / blind)

شنوایی (اختلال / سمعک / ناشنوا)
(Hearing impairment / aid / deaf)

مشکلات حرکتی (عصا / صندلی چرخ دار / واکر / اسکوتر موتوری / عضو مصنوعی)
(Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))

مخاطبان مراقبت از حیوانات خانگی PET CARE CONTACTS

_____ تلفن _____ مخاطب 1
(Phone) (Contact 1)

_____ تلفن _____ مخاطب 2
(Phone) (Contact 2)

_____ فهرست حیوانات خانگی و دستورالعمل های مراقبت از حیوانات خانگی
(List of pets and pet care instructions)

_____ / _____ / _____ تاریخ
(day) (month) (year) (Date)

تکمیل شده توسط _____
(Completed by)