

Пожалуйста, заполните эту форму для того, чтобы мы смогли Вам помочь

Please Complete This Form So We Can Help You

Держите эту форму при себе. Вскоре кто-то из персонала попросит ее у Вас.
Keep this paper with you. A staff person will look at your paper soon.

Фамилия и имя пациента

Patient's name _____

Женщина Female Мужчина Male

Возраст Age _____

Вес Weight _____ Килограммов/фунтов kilograms/pounds

Кто заполняет эту форму?

- Я, пациент
- Родственник или друг пациента
- Переводчик за пациента

Who is filling out this form?

Me, the patient
Patient's family member or friend
An interpreter for the patient

Почему Вы здесь находитесь?

- Я заболел или получил травму в результате катастрофы
- Я заболел или получил травму, но не в результате катастрофы
- Я здесь для того, чтобы помочь родственнику, или для поиска члена семьи

Why are you here?

I am ill or injured because of a disaster
I am ill or injured but not because of a disaster
I am here to help or look for a family member

Вы беременны?

- Да
- У меня начались роды
- Нет
- Я не уверена

Are you pregnant?

Yes
I am in labor
No
I am not sure

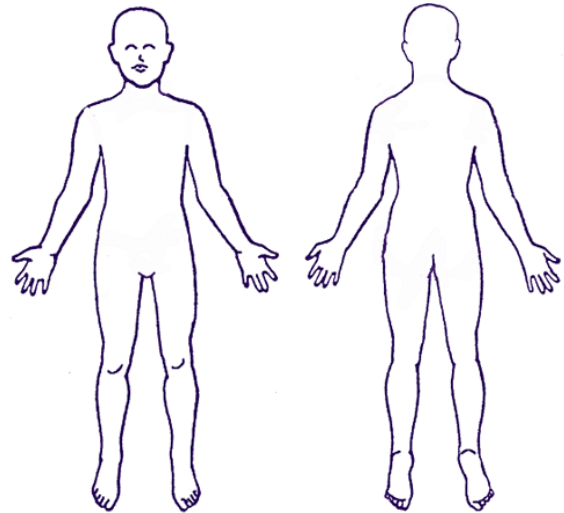
Какие у Вас проблемы?

Отметьте все, что к Вам относится.

- У меня проблемы с дыханием
- У меня боль, чувство сдавливания или дискомфорта в груди
- У меня кровотечение
- У меня сильная головная боль
- У меня головокружение или нечеткость сознания
- У меня проблемы со зрением
- Я не слышу
- У меня перелом кости
- У меня ощущение жжения на коже
- У меня сыпь, опухание или покраснение кожи
- У меня чувство онемения или покалывания
- У меня тошнота, рвота или понос
- У меня насморк, кашель или жар

Отметьте на этих рисунках, в каких местах Вы ощущаете боль

Mark on these figures where you feel pain.



Отметьте все заболевания или состояния, которые у Вас есть сейчас или были в прошлом.

- Астма
- Диабет
- Сердечное заболевание
- Гепатит
- Повышенное кровяное давление
- Иммунодепрессия вследствие ВИЧ, рака или по другой причине
- Инсульт

What problems are you having?

Mark all that apply.

- I am having trouble breathing
- I am having chest pain, pressure or discomfort
- I am bleeding
- I have a severe headache
- I feel dizzy or lightheaded
- I am having problems seeing
- I cannot hear
- I have a broken bone
- My skin is burning
- I have a skin rash, swelling or redness
- I feel numbness or tingling
- I have nausea, vomiting or diarrhea
- I have a runny nose, cough or a fever

Mark any diseases or conditions you have or have had in the past.

- Asthma
- Diabetes
- Heart disease
- Hepatitis
- High blood pressure
- Immunosuppression from HIV, cancer or other reason
- Stroke

Отметьте все лекарства, которые Вы принимаете.

- Сердечные лекарства
- Лекарства от кровяного давления
- Препараты, разжижающие кровь, такие как Coumadin (Кумадин)
- Лекарства для органов дыхания
- Инсулин
- Другие лекарства, отпускаемые без рецепта, такие как антациды, слабительные или обезболивающие

Отметьте все аллергии, которые у Вас есть.

- Молочные продукты, такие как яйца или молоко
- Морепродукты
- Красители или йод
- Аспирин
- Пенициллин
- Морфин
- Сульфамидные препараты
- Латекс
- Другое _____

Mark any medicines you are taking.

- Heart medicines
- Blood pressure medicines
- Blood thinners such as Coumadin

- Breathing medicines
- Insulin
- Other over the counter medicines such as antacids, laxatives or pain medicines

Mark any allergies you have.

- Dairy products such as eggs or milk
- Seafood
- Dye or iodine
- Aspirin
- Penicillin
- Morphine
- Sulfa
- Latex
- Other _____

Mass Casualty Form. Russian.

7/2007. Content developed through a partnership of the Central Ohio Trauma System, the Columbus Medical Association Foundation, Columbus Public Health, Franklin County Board of Health, Mount Carmel Health, Ohio State University Medical Center and OhioHealth, Columbus, Ohio. Available for use as a public service without copyright restrictions at www.healthinfotranslations.org.