

.....
stempel zakładu karnego
(aresztu śledczego)

.....
imię i nazwisko, imię ojca

.....
data i miejsce urodzenia

.....
data przybycia do zakładu karnego
(aresztu śledczego)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

.....
płeć

KSIĄŻKA ZDROWIA OSADZONEGO

UCZULENIA :

.....
.....
.....

Ocena sanitarno-epidemiologiczna:

.....

 Wzrost: cm Waga: kg RR:mm Hg

Zostałem zapoznany z problematyką zakażenia wirusem HIV i wyrażam zgodę – nie wyrażam zgody* na pobranie krwi do badań na obecność wirusa HIV.

tbc () epi () żółtaczka () HIV ()

Alkohol: - abstynent / okazjonalnie / nadużywanie / potwierdzone uzależnienie *

Uwagi:

Nikotynizm: - nie pali / pali do 10 papierosów dziennie / 10–20 / 20–30 / powyżej 30 *

Uwagi:
 (od kiedy?)

Narkotyki: - neguje / potwierdza *

Uwagi:

.....
 (jaki? – od kiedy? – sposób przyjmowania)

* Właściwe zaznaczyć.

.....
 (data i podpis pacjenta)

.....
 (data, podpis i pieczęć pielęgniarki)

Badanie podmiotowe:

operacje, hospitalizacje, leczenie przewlekłe, aktualne dolegliwości, inne

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data i podpis osadzonego

Odchylenia w badaniu przedmiotowym:

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

rozpoznanie i zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
data, pieczęć i podpis lekarza przeprowadzającego badanie

Okresowe badania stomatologiczne:

Stan uzębienia i uwagi	Data, podpis i pieczęć lekarza

Leczenie szpitalne i pobyty w izbie chorych:

Oddział szpitalny /izba chorych	Rozpoznanie	Okres pobytu, podpis, pieczęć

Opinia w związku z transportem:

<p>przed transportem Zdolny do transportu*: TAK NIE</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>
<p>po transporcie:</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>
<p>przed transportem Zdolny do transportu*: TAK NIE</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>
<p>po transporcie:</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>
<p>przed transportem Zdolny do transportu*: TAK NIE</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>
<p>po transporcie:</p> <p>Uwagi:</p>	<p>Data, podpis, pieczęć lekarza</p>

* Właściwe zaznaczyć.

Leczenie ambulatoryjne i w izbie chorych:

Wywiad chorobowy, stan przedmiotowy, wyniki badań dodatkowych, rozpoznanie,
zalecenia, data, podpis i pieczęć lekarza

Leczenie stomatologiczne:

Rozpoznanie, zastosowane leczenie, zalecenia, data, podpis i pieczęć lekarza

Szczepienia:

data	nazwa szczepionki	uwagi	podpis

Zdolny – niezdolny* do samodzielnego udania się do miejsca zamieszkania

* Właściwe zaznaczyć obwódką.

**WKŁADKA
DO KSIĄŻKI ZDROWIA OSADZONEGO**

KSIĄŻKA ZDROWIA

OKŁADKA:

str. 1 – I
str. 2 – IV
str. 3 – XIV
str. 4 – czysta

KOLEJNE STRONY:

str. 1 – V
str. 2 – VI
str. 3 – VII
str. 4, 5 – II
str. 6, 7 – VIII
str. 8, 9 – XI
str. 10 – IX
str. 11 – X
str. 12 do 29 – XII
str. 30 do 32 – XIII

WKŁADKA DO KSIĄŻKI ZDROWIA OSADZONEGO

OKŁADKA:

str. 1 – XV
str. 2, 3, 4 – czyste

KOLEJNE STRONY

str. 1 – II
str. 2 – VIII
str. 3, 4 – XI
str. 5 – IX
str. 6 – X
str. 7 do 29 – XII
str. 30 do 32 – XIII