



miejsowość

dnia

## Karta badania pacjenta (po powrocie z podróży)

### Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię: ..... Płeć:  M  K

PESEL: ..... Adres zamieszkania: .....

Telefon kontaktowy: .....

### Wywiad po powrocie z podróży:

Dokąd Pan/Pani wyjeżdżała? (nazwa kraju/krajów/regionu świata) .....

Termin podróży: od ..... do .....

Cel podróży:  służbowy  turystyczny  rodzinny  innyRodzaj podróży:  zorganizowany  indywidualnyZakwaterowanie:  hotel  hostel  namiot  mieszkanie prywatne  statek pasażerskiPobyt podczas podróży:  miasto  wieś  góry  dżungla  pustynia  morzeAktywności podczas podróży:  plażowanie  safari  nurkowanie  wspinaczka wysokogórska rafting  surfing  eksploracja jaskiń  inne (jakie?) .....Ryzykowne zachowania podczas podróży:  konsumpcja żywności i napojów u ulicznych sprzedawców rezygnacja ze stosowania repelentów w rejonach występowania chorób transmisyjnych rezygnacja ze stosowania chemioprophylaktyki w rejonach występowania malarii podróżowanie lokalnymi środkami transportu  kąpiele w zbiornikach wody słodkiej przygodne kontakty seksualne  inne (jakie?) .....

### Wywiad chorobowy

Skargi pacjenta/pacjentki .....

	Tak	Nie	Opis (jednostka chorobowa)
Urazy czaszki lub narządu ruchu			
Urazy cieplne			
Omdlenia			
Zaburzenia psychiczne/ stany depresyjne			
Stany gorączkowe nieznanego pochodzenia			
Stany zapalne dróg oddechowych			
Zaburzenia żołądkowo-jelitowe			
Choroby układu moczowo-płciowego			
Choroby skóry			
Rozpoznane choroby zakaźne			
Rozpoznane choroby pasożytnicze			
Wywiad ginekologiczno-położniczy (ciąża)			
Czy jest pod opieką poradni specjalistycznej (jakiej?)			
Czy przyjmuje leki (jakie?)			

.....  
podpis pacjenta/ pacjentki

**Badanie przedmiotowe:**

Temperatura ciała ..... °C

Tętno ..... /min

RR ..... / ..... mmHg

	Patologia	Opis patologii
Skóra		
Węzły chłonne		
Jama ustno-gardłowa		
Szyja		
Klatka piersiowa		
Płuca		
Układ sercowo-naczyniowy		
Jama brzuszna		
Narząd ruchu		
Układ nerwowy		
Stan psychiczny		

**Wyniki badań laboratoryjnych (odchylenia od normy)**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**Wyniki testów immunochromatograficznych/ immunoenzymatycznych/ PCR, RT-PCR**

1. ....
2. ....
3. ....

**ROZPOZNANIE (wg ICD-10)**

1. ....
2. ....
3. ....

.....  
podpis i pieczęć lekarska