

اطلاعات و کمک
1-800-339-4661

به روز شده در

/ /



VIAL OF LIFE

نام _____ (Name)

بیماری آلزایمر یا زوال عقل مرتبط
(Alzheimer's Disease or Related Dementia)

ناشنوا
(Deaf)

نابینا
(Blind)

نشانی _____ (Address)

شهر _____
(City)

شهر _____
(City)

زیب _____
(Zip code)

زن
(Female)

مرد
(Male)

تلفن # _____ (Phone #)

شماره تامین اجتماعی (چهار رقم آخر) _____
(Social Security Number (last four digits))

شماره پزشکی (چهار رقم آخر) _____
(Medicare Number (last four digits))

شماره سیاست _____
(Policy Number)

نه
(No)

بله
(Yes)

بیمه دیگر _____
(Other Insurance)

آیا شما دستورالعمل مراقبت های بهداشتی پیشرفته ای دارید؟
(Do you have an Advance Health Care Directive?)

تلفن # _____
(Phone)

نماینده
(Agent)

اگر بله، موقعیت
(If yes, location)

نه
(No)

بله
(Yes)

آیا شما یک "دستور عدم احیا" دارید؟
(Do you have a 'Do Not Resuscitate Order'?)

نه
(No)

بله
(Yes)

در بخش «مرا به خانه ببر» Sheriff ثبت نام کرده‌اید؟
(Registered with Sheriff's 'Take Me Home'?)

(EMERGENCY CONTACTS) مخاطبین اضطراری

نام _____ (Name)

نسبت _____
(Relationship)

تلفن # و ایمیل _____
(Phone #, E-mail)

نام _____ (Name)

نسبت _____
(Relationship)

تلفن # و ایمیل _____
(Phone #, E-mail)

مراقب _____ (Caregiver)

تلفن # _____
(Phone #)

روحانی _____ (Clergy)

تلفن # _____
(Phone #)

نام و نوع

(Name & Type)

اطلاعات حیوانات خانگی

(PET'S INFORMATION)

دامپزشک _____
(Veterinarian)

تلفن # _____
(Phone #)

اطلاعات پزشکی

(MEDICAL INFORMATION)

پزشک اولیه _____ (Primary Doctor)

تلفن # _____
(Phone #)

پزشک ثانویه _____ (Secondary Doctor)

تلفن # _____
(Phone #)

بیمارستان _____ (Hospital)

تلفن # _____
(Phone #)

قد _____ (Height)

وزن _____
(Weight)

تلفن # _____
(Blood Type)

فشار خون عادی _____ (Normal Blood Pressure)

حساسیت به دارو یا غذا
(Allergies to drugs or foods)

لطفا شرایط پزشکی را که اعمال می شود ذکر کنید (مثل قلب، دیابت، فشار خون بالا، سکته مغزی)
(Please list any medical conditions that apply, for example: cardiac, diabetes, hypertension, stroke)

آیا شما؟
(Do you?)

<input type="checkbox"/> نه (No)	<input type="checkbox"/> بله (Yes)	عینکی هستید؟ (Wear glasses?)	<input type="checkbox"/> نه (No)	<input type="checkbox"/> بله (Yes)	دندان مصنوعی دارید؟ (Wear dentures?)
<input type="checkbox"/> نه (No)	<input type="checkbox"/> بله (Yes)	از اکسیژن استفاده می‌کنید؟ (Wear contacts?)	<input type="checkbox"/> نه (No)	<input type="checkbox"/> بله (Yes)	لنز دارید؟ (Use Oxygen?)
<input type="checkbox"/> نه (No)	<input type="checkbox"/> بله (Yes)	ویلچر؟ (Wear hearing aids?)	<input type="checkbox"/> نه (No)	<input type="checkbox"/> بله (Yes)	سمعک دارید؟ (Wheelchair?)

دیگر اطلاعات اضطراری مهم
(Other Important Emergency Information)

واکسیناسیون
(Immunizations)

داروهای خود را کجا نگهداری می‌کنید؟
(Where do you keep your medications?)

داروها (MEDICATIONS)

(نسخه دارویی، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها، مکمل‌های گیاهی)
(Prescription, Over-the-counter Drugs, Vitamins, Herbal Supplements)

نام (Name)	دوز-تعداد دفعات (Dose-Freq)	هدف (Purpose)
نام (Name)	دوز-تعداد دفعات (Dose-Freq)	هدف (Purpose)
نام (Name)	دوز-تعداد دفعات (Dose-Freq)	هدف (Purpose)
نام (Name)	دوز-تعداد دفعات (Dose-Freq)	هدف (Purpose)
نام (Name)	دوز-تعداد دفعات (Dose-Freq)	هدف (Purpose)
نام (Name)	دوز-تعداد دفعات (Dose-Freq)	هدف (Purpose)
نام (Name)	دوز-تعداد دفعات (Dose-Freq)	هدف (Purpose)
نام (Name)	دوز-تعداد دفعات (Dose-Freq)	هدف (Purpose)
نام (Name)	دوز-تعداد دفعات (Dose-Freq)	هدف (Purpose)
نام (Name)	دوز-تعداد دفعات (Dose-Freq)	هدف (Purpose)

لطفا تمام اطلاعات را طوری ثبت کنید که توسط پرسنل فوریت‌های پزشکی قابل خواندن باشد.

(Please record all information in a manner easy to read by emergency medical personnel.)