

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)		زیپ (Zip code)		تلفن # (Phone #)	
شماره تامین اجتماعی (چهار رقم آخر) (Social Security Number (last four digits))		شماره پزشکی (چهار رقم آخر) (Medicare Number (last four digits))		بیمه دیگر (Other Insurance)		آیا شما دستورالعمل مراقبت های بهداشتی پیشرفته ای دارید؟ (Do you have an Advance Health Care Directive?)	
اگر بله، موقعیت (If yes, location)		نماینده (Agent)		تلفن # (Phone)		بله (Yes) / نه (No)	
آیا شما یک "دستور عدم احیا" دارید؟ (Do you have a 'Do Not Resuscitate Order'?)		در بخش «مرا به خانه ببر» Sheriff ثبت نام کرده اید؟ (Registered with Sheriff's 'Take Me Home'?)		بله (Yes) / نه (No)		بله (Yes) / نه (No)	
(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 #)		تلفن # (Phone #)			
روحانی (Clergy)		تلفن # (Phone #)		تلفن # (Phone #)			
اطلاعات حیوانات خانگی (PET'S INFORMATION)		نام و نوع (Name & Type)		تلفن # (Phone #)			
دامپزشک (Veterinarian)							
اطلاعات پزشکی (MEDICAL INFORMATION)				تلفن # (Phone #)			
پزشک اولیه (Primary Doctor)				تلفن # (Phone #)			
پزشک ثانویه (Secondary Doctor)				تلفن # (Phone #)			
بیمارستان (Hospital)				تلفن # (Phone #)			
قد (Height)		وزن (Weight)		تلفن # (Phone #)			
فشار خون عادی (Normal Blood Pressure)				تلفن # (Phone #)			
حساسیت به دارو یا غذا (Allergies to drugs or foods)				تلفن # (Phone #)			
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)				تلفن # (Phone #)			
				تلفن # (Phone #)			
				تلفن # (Phone #)			
				تلفن # (Phone #)			

آیا شما؟
(Do you?)

☐ نه (No)	☐ بله (Yes)	عینکی هستید؟ (Wear glasses?)	☐ نه (No)	☐ بله (Yes)	دندان مصنوعی دارید؟ (Wear dentures?)
☐ نه (No)	☐ بله (Yes)	از اکسیژن استفاده می کنید؟ (Wear contacts?)	☐ نه (No)	☐ بله (Yes)	لنز دارید؟ (Use Oxygen?)
☐ نه (No)	☐ بله (Yes)	ویلچر؟ (Wear hearing aids?)	☐ نه (No)	☐ بله (Yes)	سمعک دارید؟ (Wheelchair?)

دیگر اطلاعات اضطراری مهم
(Other Important Emergency Information)

واکسیناسیون
(Immunizations)

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

داروها (MEDICATIONS)

(نسخه دارویی، داروهای بدون نسخه، ویتامین ها، مکمل های 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 فوریت های پزشکی قابل خواندن باشد.
(Please record all information in a manner easy to read by emergency medical personnel.)