

Zgłoszone na Sesji Rady Miasta Poręba w dniu 25.04.2016r.

przez Radną Urszulę Milka w sprawie : KOPERT ŻYCIA

Panie Burmistrzu, zwracam się do Pana z apelem o zainicjowanie i zorganizowanie projektu „KOPERTA ŻYCIA „ skierowanego do osób zamieszkujących na terenie naszej gminy :

- w wieku senioralnym,
- przewlekle chorych czy
- samotnych.

Celem projektu jest podniesienie bezpieczeństwa mieszkańców Poręby i polega na umieszczeniu w przygotowanym kwestionariuszu najważniejszych informacji o :

- stanie zdrowia ,
- przyjmowanych lekach ,
- alergiach na leki,
- kontaktach do najbliższych ,
- danych osobowych.

Karta z takimi informacjami , opatrzona napisem „ KOPERTA ŻYCIA „ powinna być umieszczona na lodówce , czyli miejscu widocznym , dostępnym , oznakowanym i które jest w każdym domu. Umożliwi to wezwanym ratownikom medycznym szybki dostęp do kluczowych informacji o pacjencie.

Zestaw „KOPERTA ŻYCIA„ powinien składać się z następujących elementów :

1. Koperty w formacie A5 odpowiednio zabezpieczonej do trwałego przechowywania na lodówce, oznaczonej naklejką w kolorze niebieskim zatytułowanej „ KOPERTA ŻYCIA „
2. Karty informacyjnej jednostronnej formaty A4
3. 2 naklejek w kolorze niebieskim , do umieszczenia na drzwiach wejściowych domu/ mieszkania od wewnątrz i na drzwiach lodówki / 8x8 cm/.

Panie Burmistrzu , „ KOPERTA ŻYCIA „ może uratować życie !
Z informacji jakie uzyskałam od ratowników medycznych jednoznacznie wynika , że system się sprawdza i niejednokrotnie KOPERTA ŻYCIA pomogła zdecydować o ludzkim życiu.

Pomysł jest trafiony , więc jeszcze raz zwracam się z apelem do Pana - jako gmina, dołączmy do akcji zwiększając bezpieczeństwo naszych mieszkańców.

Będąc również lekarzem , widzę taką potrzebę i jednocześnie służę pomocą w merytorycznym przygotowaniu akcji.

W załączeniu standardowa KARTA INFORMACYJNA.

KARTA INFORMACYJNA

dane służą jako wskazówki dla służb ratowniczych
PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI

Data wypełnienia Karta jest ważna 1 rok

Imię i nazwisko

PESEL Grupa krwi

Data urodzenia



I. KONTAKT DO NAJBLIŻSZYCH

Telefon	Pokrewieństwo	Imię
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Oświadczam, iż osoby podane powyżej zostały poinformowane o umieszczeniu danych w karcie i wyraziły na to zgodę.

II. CHOROWAŁEM(AM) / CHORUJĘ NA

Nazwa choroby	Kiedy / Od kiedy
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. JESTEM UCZULONY(A) NA

IV. PRZYJMUJĘ LEKI

Nazwa	Dawka	Ile razy dziennie	Od kiedy
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

V. INNE ISTOTNE INFORMACJE

Potwierdzam dane
zawarte w pkt. II, III, IV

Czytelny podpis

Podpis i pieczęć lekarza