



ਇਹ ਬਾਈਡਰ ਇਸ ਬੱਚੇ ਦਾ ਹੈ:

# ਮੇਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਬਾਈਡਰ

**UCDAVIS  
HEALTH**

**CHILDREN'S  
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member



# ਮੇਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਬਾਈਂਡਰ



“ਮੇਰੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਬਾਈਂਡਰ” ਉਨ੍ਹਾਂ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਸਾਧਨ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਖਾਸ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਲੋੜਾਂ ਵਾਲੇ ਬੱਚੇ ਹਨ। ਆਪਣੇ “ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਬਾਈਂਡਰ” ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਕਰੋ:

- ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਪਤਾ ਰੱਖਣ ਲਈ
- ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਦੇ ਫੋਨ ਨੰਬਰਾਂ ਦੀ ਸੂਚੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ
- ਅਪਾਇੰਟਮੈਂਟਾਂ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹੋਣ ਲਈ
- ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਲਈ

“ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਬਾਈਂਡਰ” ਇੱਕ ਕਾਪੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਤੁਸੀਂ ਸਹਿਤ ਸਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਰਿਪੋਰਟਾਂ, ਡਾਕਟਰ ਦੀਆਂ ਵਜ਼ਿਤਾਂ ਅਤੇ ਲਿਖਿਤ ਹੈਂਡਆਊਟ ਵੇਵਿਸਬਤਿ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ।

## ਆਪਣੇ “ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਬਾਈਂਡਰ” ਨੂੰ ਸੈੱਟ ਕਰਨਾ

- 1 ਕਦਮ:** ਇਹ ਫੈਸਲਾ ਕਰੋ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਆਪਣੇ “ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਬਾਈਂਡਰ” ਵਿੱਚ ਕੀ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਕਹਿੜੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਭਾਲ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕਰਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਲੋਕ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਦੇ ਹਨ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਬਾਰੇ ਕੀ ਜਾਣਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?
- 2 ਕਦਮ:** ਕੋਈ ਵੀ ਅਜਿਹੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਇਕੱਠੀ ਕਰੋ ਜੋ ਤੁਹਾਡੇ ਕੋਲ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਮੌਜੂਦ ਹੈ – ਜਿਵੇਂ ਕਾਰਡਿਟਾਂ, ਅਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਠਹਿਰਣ ਦਾ ਰਕਿਰਡ, ਅਤੇ ਟੈਸਟਾਂ ਦੇ ਨਤੀਜੇ
- 3 ਕਦਮ:** “ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਬਾਈਂਡਰ” ਪੈਕੇਟ ਚੋ ਉਹ ਪੰਨੇ ਚੁਣੋ ਜੋ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪਸੰਦ ਹਨ
- 4 ਕਦਮ:** ਆਪਣੇ “ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਬਾਈਂਡਰ” ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰੋ - ਤੁਸੀਂ ਪੰਨਿਆਂ ਨੂੰ ਵੱਖ ਕਰਨ ਲਈ ਟੈਬਡ ਡਵਿਐਂਡਰ ਜਾਂ ਪਾਕੇਟ ਡਵਿਐਂਡਰ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਜਿਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਲੋੜ ਹੈ, ਉਸਦੀ ਭਾਲ ਕਰਨਾ ਆਸਾਨ ਬਣਾਓ।

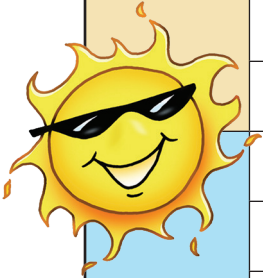
ਤੁਸੀਂ UC Davis Children’s Hospital ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਤੋਂ “ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਬਾਈਂਡਰ” ਦੇ ਵਾਧੂ ਪੰਨਿਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਰੀਟ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ: [www.ucdmc.ucdavis.edu/children/patients\\_family\\_resources/Patient\\_and\\_Family\\_Education\\_A\\_to\\_Z/index.html](http://www.ucdmc.ucdavis.edu/children/patients_family_resources/Patient_and_Family_Education_A_to_Z/index.html)

ਤੁਸੀਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵੈੱਬਸਾਈਟ ਤੋਂ ਆਪਣੇ “ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਬਾਈਂਡਰ” ਦੇ ਵਾਧੂ ਪੰਨਿਆਂ ਨੂੰ ਡਾਊਨਲੋਡ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ:

Center for Children with Special Needs (ਖਾਸ ਲੋੜਾਂ ਵਾਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਕੇਂਦਰ), Seattle Children’s (ਸੀਐਟਲ ਚਲਿਡਰਨਸ), and Washington State Department of Health (ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਰਾਜ ਦਾ ਸਹਿਤ ਵਭਿਯਾਗ), Children with Special Health Care Needs Program (ਖਾਸ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸਬੰਧੀ ਲੋੜਾਂ ਵਾਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ): <http://cshcn.org/planning-record-keeping/care-notebook>

National Center for Medical Home Information (ਨੈਸ਼ਨਲ ਸੈਟਰ ਫੌਰ ਮੈਡੀਕਲ ਹੋਮ ਜਾਣਕਾਰੀ), American Academy of Pediatrics (ਅਮਰੀਕਨ ਅਕਾਡਮੀ ਔਫ਼ ਪੀਡੀਐਟ੍ਰਿਕਸ): [www.medicalhomeinfo.org/for\\_families/care\\_notebook](http://www.medicalhomeinfo.org/for_families/care_notebook)

ਮੇਰਾ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੀ ਸਮਾਂ-ਸਾਰਣੀ: \_\_\_\_\_



ਸਮਾਂ

ਦੇਖਭਾਲ/ਗਤੀਵਿਧੀ

ਸਵੇਰੇ

ਦੁਪਹਿਰ

ਸ਼ਾਮ



ਰਾਤ



## ਮੇਰੀ ਦਵਾਈਆਂ

ਨਾਮ, ਖੁਰਾਕ ਅਤੇ ਕੀਮਤੀ ਮਾਤਰਾ, ਕੀਮਤੀ ਵਾਰ, ਲੈਣ ਦਾ ਕਾਰਨ

ਸਮਾਂ

ਸਵੇਰੇ						ਸ਼ਾਮ						ਸਵੇਰੇ												
6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	









ਕਲੰਡਰ

ਮਹੀਨਾ

ਸਾਲ

UC DAVIS  
HEALTH

CHILDREN'S  
HOSPITAL

Children's Miracle Network Hospitals member 

ਐਤਵਾਰ	ਸੋਮਵਾਰ	ਮੰਗਲਵਾਰ	ਬੁੱਧਵਾਰ	ਵੀਰਵਾਰ	ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ	ਸ਼ਨੀਵਾਰ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ਕਲੰਡਰ

ਮਹੀਨਾ

ਸਾਲ

UC DAVIS  
HEALTH

CHILDREN'S  
HOSPITAL

Children's Miracle Network Hospitals member 

ਐਤਵਾਰ	ਸੋਮਵਾਰ	ਮੰਗਲਵਾਰ	ਬੁੱਧਵਾਰ	ਵੀਰਵਾਰ	ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ	ਸ਼ਨੀਵਾਰ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





# ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਵੱਢ ਜਾਣੋ

ਮੇਰਾ ਨਾਮ:	ਛੋਟਾ ਨਾਮ:
ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:	ਅੱਜ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:
ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਕੁਝ ਜਾਣਕਾਰੀ:	
ਮੇਰੀਆਂ ਤਾਕਤਾਂ: (ਉਹ ਚੀਜ਼ਾਂ ਜਿਹੜੀਆਂ ਮੇਰੇ ਲਈ ਕਰਨਾ ਆਸਾਨ ਹੈ)	
ਮੇਰੀਆਂ ਚੁਣੌਤੀਆਂ: (ਗੱਲ੍ਹਬਾਤ ਕਰਨਾ, ਖਾਣਾ-ਪੀਣਾ, ਸਖਿਣਾ, ਤੁਰਨਾ-ਫਰਿਨਾ, ਮੇਲਜੋਲ, ਉਰਜਾ, ਵਵਿਹਾਰ)	
ਸਮੂਦਾਇ ਵੱਢ ਮੇਰੀ ਜੰਦਗੀ: (ਸਕੂਲ, ਬੱਚੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ, ਪੂਜਾ ਦੀ ਥਾਂ, ਮੇਰੀਆਂ ਪਸੰਦੀਦਾ ਥਾਂਵਾਂ)	
ਮੇਰੇ ਘਰ ਅਤੇ ਪਰਵਾਰ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ:	
ਮੇਰੀ(ਆਂ) ਤਸਖੀਸ(ਸਾਂ):	
ਮੇਰੀ ਸਮੂਚੀ ਸਹਿਤ:	
ਮੇਰੀਆਂ ਪਛਿਲੀਆਂ ਸਰਜਰੀਆਂ, ਪ੍ਰਕਰਿਆਵਾਂ (ਆਪਰੇਸ਼ਨ), ਲੈਬ/ਨੈਦਾਨਕਿ ਅਧਿਐਨ:	

# ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਵੱਚਿ ਜਾਣੋ

ਮੇਰਾ ਨਾਮ:	ਛੋਟਾ ਨਾਮ:
ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:	ਅੱਜ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:
ਮੇਰੀ ਮੌਜੂਦਾ ਦਵਾਈਆਂ/ਖੁਰਾਕਾਂ:	
ਮੇਰੀਆਂ ਐਲਰਜੀਆਂ:	
ਚੀਜ਼ਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਤੋਂ ਬਚਿਆ ਜਾਵੇ: (ਭੋਜਨ ਪਦਾਰਥ, ਗਤੀਵਿਧੀਆਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਕਰਿਆਵਾਂ (ਆਪਰੇਸ਼ਨ))	
ਮੇਰੇ ਉਪਕਰਨ/ਸਹਾਇਕ ਤਕਨੀਕ: (ਬ੍ਰੇਸਿਸ/ਔਰਥੋਟੀਕਸ, ਵਾਕਰ, ਗੱਲਬਾਤ ਕਰਨ ਦੇ ਡਵਾਇਸ, ਹੋਮ O2, ਇੰਸੁਲਿਨ ਪੰਪ, ਨੈਬੁਲਾਈਜ਼ਰ, ਸਕਸ਼ਨ)	
ਹੋਰ ਚੀਜ਼ਾਂ ਜੋ ਮੈਂ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਹਾਨੂੰ ਮੇਰੇ ਬਾਰੇ ਪਤਾ ਹੋਵੇ:	
ਉਹ ਤਰੀਕੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਤੁਸੀਂ ਮੇਰੇ ਲਈ ਮਦਦਗਾਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹੋ:	

# ਖੁਰਾਕ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਵਾਲਾ ਫਾਰਮ



ਤਾਰੀਖ	ਐਤਵਾਰ	ਸੋਮਵਾਰ	ਮੰਗਲਵਾਰ	ਬੁੱਧਵਾਰ	ਵੀਰਵਾਰ	ਸ਼ੁੱਕਰਵਾਰ	ਸ਼ਨੀਵਾਰ
ਟਯੂਬ ਫੀਡਿੰਗ							
ਸਵੇਰੇ ਦਾ ਨਾਸ਼ਤਾ							
ਦੁਪਹਰਿ ਦਾ ਖਾਣਾ							
ਰਾਤ ਦਾ ਖਾਣਾ							
ਨਾਸ਼ਤੇ							
ਨੋਟਸ							

# ਨਵਜਾਤ ਬੱਚੇ ਦੀ ਬੋਤਲ / GT ਫੀਡਿੰਗ ਲਈ ਸਮਾਂ ਸਾਰਣੀ

UC DAVIS  
HEALTH

CHILDREN'S  
HOSPITAL



ਫੀਡਿੰਗ ਦਾ ਸਮਾਂ	ਬੋਤਲ ਨਾਲ ਫੀਡਿੰਗ	ਜੀ-ਟਯੂਬ ਫੀਡਿੰਗ	ਡਾਇਪਰ	ਦਵਾਈਆਂ
ਟਯੂਬੀੰਗ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਈਮ ਕਰਨ ਲਈ ਬੈਗ ਵਾਂਗ _____ mLs ਦੁੱਧ ਪਾਉਣਾ ਯਾਦ ਰੱਖੋ। ਇਹ ਫੀਡਿੰਗ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਨਹੀਂ ਹੈ।				
 ਸਵੇਰੇ _____				
ਸਵੇਰੇ _____				
ਸ਼ਾਮ _____				
 ਸ਼ਾਮ _____				
ਸ਼ਾਮ _____				
ਸ਼ਾਮ _____				
	ਬੈਗ ਵਾਂਗ _____ mLs ਪਾਓ ਅਤੇ ਪੰਪ ਨੂੰ _____ mLs ਪ੍ਰਰਤੀ ਘੰਟਾ ਤੇ ਸੈੱਟ ਕਰੋ			
	ਬੈਗ ਵਾਂਗ _____ mLs ਪਾਓ ਅਤੇ ਪੰਪ ਨੂੰ _____ mLs ਪ੍ਰਰਤੀ ਘੰਟਾ ਤੇ ਸੈੱਟ ਕਰੋ			

**ਪਾਰਿਵਾਰਕ ਸਹਾਇਤਾ ਵਾਲੇ ਸੌਮੇ**

ਮੈਡੀਕਲ ਸਪਲਾਈ ਕੰਪਨੀ: \_\_\_\_\_

ਸੰਪਰਕ ਵਾਅਕਤੀ: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ: \_\_\_\_\_ ਫੈਕਸ: \_\_\_\_\_ ਈਮੇਲ: \_\_\_\_\_

ਵੈੱਬਸਾਈਟ: \_\_\_\_\_

ਮੈਡੀਕਲ ਸਪਲਾਈ ਕੰਪਨੀ: \_\_\_\_\_

ਸੰਪਰਕ ਵਾਅਕਤੀ: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ: \_\_\_\_\_ ਫੈਕਸ: \_\_\_\_\_ ਈਮੇਲ: \_\_\_\_\_

ਵੈੱਬਸਾਈਟ: \_\_\_\_\_

ਘਰ ਵੀਚ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਲਈ ਨਰਸਿੰਗ (ਘਰ ਵੀਚ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ, ਜਨਤਕ ਸਹਿਤ, ਸਫ਼ਿਟ/ਰਾਹਤ): \_\_\_\_\_

ਸੰਪਰਕ ਵਾਅਕਤੀ: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ: \_\_\_\_\_ ਫੈਕਸ: \_\_\_\_\_ ਈਮੇਲ: \_\_\_\_\_

ਵੈੱਬਸਾਈਟ: \_\_\_\_\_

ਖੇਤਰੀ ਕੇਂਦਰ/ਹੋਰ ਵਕਾਸ਼ਾਤਮਕ ਸਹਾਇਕ ਸੰਗਠਨ: \_\_\_\_\_

ਸੰਪਰਕ ਵਾਅਕਤੀ: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ: \_\_\_\_\_ ਫੈਕਸ: \_\_\_\_\_ ਈਮੇਲ: \_\_\_\_\_

ਵੈੱਬਸਾਈਟ: \_\_\_\_\_

ਕੋਈ ਹੋਰ: \_\_\_\_\_

ਸੰਪਰਕ ਵਾਅਕਤੀ: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ: \_\_\_\_\_ ਫੈਕਸ: \_\_\_\_\_ ਈਮੇਲ: \_\_\_\_\_

ਵੈੱਬਸਾਈਟ: \_\_\_\_\_

ਕੋਈ ਹੋਰ: \_\_\_\_\_

ਸੰਪਰਕ ਵਾਅਕਤੀ: \_\_\_\_\_

ਪਤਾ: \_\_\_\_\_

ਫੋਨ: \_\_\_\_\_ ਫੈਕਸ: \_\_\_\_\_ ਈਮੇਲ: \_\_\_\_\_

ਵੈੱਬਸਾਈਟ: \_\_\_\_\_

# ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਹੋਣ ਤੇ

ਅੱਪਡੇਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ: \_\_\_\_\_

ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਨਾਮ:		ਐਲਰਜੀਆਂ:	
ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:	ਮੁੱਖ ਭਾਸ਼ਾ/ਗੱਲਬਾਤ:		
ਘਰ ਦਾ ਪਤਾ:			
ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ:		ਸੰਬੰਧ:	
ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ ਨੰਬਰ:		ਹੋਰ ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	
ਨਦਿਾਨ:			
ਦਵਾਈਆਂ:	ਖੁਰਾਕ	ਦਵਾਈਆਂ:	ਖੁਰਾਕ
ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ:	ਸੰਬੰਧ:	ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	
ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਮੁੱਖ ਡਾਕਟਰ:	ਫੋਨ:	ਫੈਕਸ:	
ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ:	ਫੋਨ:	ਫੈਕਸ:	
ਮਾਹਰ ਡਾਕਟਰ:	ਫੋਨ:	ਫੈਕਸ:	
ਬੀਮਾ:			
ਫਾਰਮੇਸੀ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ			
ਨਾਮ:			
ਪਤਾ:		ਫੋਨ:	
ਹੋਰ/ਟਯੂਬਾਂ/ਡਵਿਾਇਸ			
ਕਸਿ ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਵੱਚਿ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਨ ਲਈ ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਚੀਜ਼ਾਂ:			

# ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੰਪਰਕ ਵਾਕਿਆਤੀ

ਨਾਮ:  ਪਤਾ:	ਜਨਮ ਦੀ ਤਾਰੀਖ:  ਫੋਨ ਨੰਬਰ:
ਮੈਡੀਕਲ ਰਿਕਾਰਡ ਨੰਬਰ:  ਪਸੰਦੀਦਾ ਹਸਪਤਾਲ:	ਬੀਮਾ:  ਸਦੱਸ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ:
ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਨਾਮ:  ਫੋਨ:	ਮਾਪੇ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ: ਨਾਮ:  ਫੋਨ:
ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਮ:  ਸੰਬੰਧ:  ਫੋਨ:	ਐਮਰਜੈਂਸੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾਮ:  ਸੰਬੰਧ:  ਫੋਨ:
<b>ਡਾਕਟਰ ਦੀ ਸੰਪਰਕ ਜਾਣਕਾਰੀ</b>	
ਮੁੱਢਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ:  ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	ਵਸ਼ਿਸ਼ਗ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ:  ਵਸ਼ਿਸ਼ਗਤਾ:  ਫੋਨ ਨੰਬਰ:
ਖਾਸ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ:  ਵਸ਼ਿਸ਼ਗਤਾ:  ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	ਖਾਸ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ:  ਵਸ਼ਿਸ਼ਗਤਾ:  ਫੋਨ ਨੰਬਰ:
ਖਾਸ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ:  ਵਸ਼ਿਸ਼ਗਤਾ:  ਫੋਨ ਨੰਬਰ:	ਖਾਸ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਨ ਵਾਲਾ ਡਾਕਟਰ:  ਵਸ਼ਿਸ਼ਗਤਾ:  ਫੋਨ ਨੰਬਰ:



# ਯੋਜਨਾ ਕੀ ਹੈ?

ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਂ: \_\_\_\_\_

ਸਵਾਲ/ਚਿੰਤਾਵਾਂ:	ਤਾਰੀਖ:	ਤਾਰੀਖ:	ਤਾਰੀਖ:
<p>ਮੈਂ ਔਸ ਕਮਿ ਬਾਰੇ ਗੱਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੁੰਦਾ/ਦੀ ਹਾਂ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ਨਵਾਂ ਕੀ ਹੈ?</li> <li>• ਚਿੰਤਾਵਾਂ ਕੀ ਹਨ?</li> </ul>			
<p>ਮੈਂ ਕੀ ਉਮੀਦ ਕਰਦਾ ਹਾਂ ਕਿ ਕੀ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ਔਸ</li> <li>• ਡਾਕਟਰ ਤੋਂ</li> <li>• ਮੇਰੇ (ਮਰੀਜ਼) ਕਰਨ ਲਈ</li> </ul>			
<p>ਅਗਲੇ ਕਦਮ ਕੀ ਹਨ? ਕੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ਦਵਾਈਆਂ ਬਦਲਣਾ</li> <li>• ਲੈਬ</li> <li>• ਉਪਕਰਨ</li> </ul>			
<p>ਇਹ ਕੌਣ ਕਰੇਗਾ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ਮਰੀਜ਼</li> <li>• ਮਾਪੇ</li> <li>• ਡਾਕਟਰ</li> <li>• ਨਰਸਾਂ</li> </ul>			
<p>ਕਦੇ ਤੁੱਕ? (ਸਮਾਂ-ਸੀਮਾ)</p>			
<p>ਅਸੀਂ ਫਾਲੋ-ਅੱਪ ਕਦਿ ਕਰਾਂਗੇ?</p>			

