|  |
| --- |
| **Plan rozpoznania sygnałów**  |
| Nazwisko:  | Data ostatniej rozmowy: |
| Numer telefonu: |  |
| **Faktory stresu/przyczyny:** |
|  |  |
|  |  |
| **Faza stabilna i neutralna**  |
| Co spostrzegam sama/sam: | Co mogę zrobić: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **1e sygnały możliwych dolegliwości** |
| Co spostrzegam sama/sam: | Co mogę zrobić: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Co spostrzegają inni: | Co mogą zrobić dla mnie inni:  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Faza łagodnej depresji lub (hypo)manii** |
| Co spostrzegam sama/sam: | Co mogę zrobić: |
|  |  |
|  |  |
| Co spostrzegają inni: | Co mogą zrobić dla mnie inni: |
|  |  |
|  |  |
| **Faza średni depresji lub (hypo)manii** |
| Co spostrzegam sama/sam: | Co mogę zrobić: |
|  |  |
|  |  |
| Co spostrzegają inni: | Co mogą zrobić dla mnie inni: |
|  |  |
|  |  |
| **Faza silnej depresji lub (hypo)manii** |
| Co spostrzegam sama/sam: | Co mogę zrobić: |
|  |  |
|  |  |
| Co spostrzegają inni: | Co mogą zrobić dla mnie inni: |
|  |  |
| **Ważne numery telefoniczne** |
| Kontakt 1: | Pielęgniarka/ pielęgniarz:  |
| Kontakt 2: | Lekarz/Psychiatra: |
|   | Lekarz rodzinny: |