|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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: | |