

ARABO

# Guida sanitaria multilingue

## per i cittadini e gli operatori sanitari

Guida all'anamnesi ed alla terapia

**SEZIONE PER IL MEDICO/FARMACISTA  
OPERATORE SANITARIO**

### 1. PAESI D'ORIGINE - VIAGGI

- 1) Qual è il suo Paese d'origine?
- 2) Parla e capisce:
- |             |                             |                             |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) italiano | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) inglese  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) francese | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 3) Qual è stato l'ultimo Paese da lei visitato?

### 2. CONDIZIONI AMBIENTALI-ABITATIVE

- 1) Dove vive?
- |                               |                             |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) In un appartamento         | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'adiaccio               | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- 3) Nella sua abitazione c'è:
- |                   |                             |                             |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) acqua corrente | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) riscaldamento  | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) bagno          | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 4) Nella sua abitazione ci sono animali domestici?
- 5) Vive in:
- |             |                             |                             |
|-------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) campagna | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) città    | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

### 3. DIETA

- 1) Consuma bevande alcoliche?  si  no
- 2) Quanti bicchieri al giorno?
- 3) Ha mangiato alimenti crudi?  si  no
- 4) Ha bevuto acqua non imbottigliata?  si  no
- 5) Ha bevuto latte fresco non confezionato?  si  no

### 4. PROFESSIONE/TEMPO LIBERO

- 1) Che lavoro svolge? a) Agricoltore/ b) muratore/ c) operaio di industria alimentare/ d) di industria tessile/ e) di industria meccanica/ f) tipografo/ g) idraulico/ h) impiegato/ i) casalinga/ l) badante/ m) imbianchino/ n) dirigente/ o) libero professionista/ p) commerciante
- 2) Il suo lavoro implica contatti con sostanze chimiche  si  no
- 3) Prima dell'attuale, ha svolto altri lavori? Quali?
- 4) Lavora:
- |                       |                             |                             |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) all'aperto         | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in ambiente chiuso | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

## مرشدة صحية متعدد اللغات للمواطنين والمستخدمين الصحيين

إرشادات لإعداد وصف الحالات والعلاج للطبيب والصيدلي والخادم في المجال الصحي

### 1. بلدان الأصل - رحلات

- (1 - ما هو بلدك الأصلي؟  
 (2 - هل تتكلم و تفهم (a) الإيطالية  
 (b) الإنجليزية  
 (c) الفرنسية؟  
 (3 - ما هو البلد الأخير الذي قمت بزيارته؟
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا

### 2. الأوضاع البيئية / السكنية

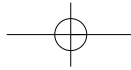
- (1 - أين تسكن (a) بشقة  
 (b) بمبنى مهجور  
 (c) في الخلاء؟  
 (2 - هل تسكن مع أشخاص آخرين؟  
 (3 - هل يوجد بالمسكن حيث تعيش  
 (a) ماء  
 (b) تدفئة  
 (c) حمام؟  
 (4 - هل توجد حيوانات بمكان السكن؟  
 (5 - هل تسكن بـ (a) الريف  
 (b) بداخل المدينة؟
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا

### 3. التغذية

- (1 - هل تشرب مشروبات كحولية؟  
 (2 - كم كوب تشرب في اليوم؟  
 (3 - هل أكلت وجبات غير مطبوخة؟  
 (4 - هل شربت ماء أو مشروبات غير معبأة؟  
 (5 - هل شربت حليب طازج غير معلب؟
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا

### 4. المهنة / أوقات الراحة

- (1 - ما هي مهنتك؟ مزارع / عامل بناء / عامل بمصنع أغذية / بمصنع نسيج / بمصنع ميكانيكي / عامل طباعة / سمكري / موظف / ربة بيت / مساعدة منزلية / زواق جيار / مدير / عامل حر / تاجر.
- (2 - هل تستعمل مواد كيميائية في تنفيذ عملك؟  
 (3 - تعمل:  
 (a) بمكان على الهواء الطلق؟  
 (b) بمكان مقفول؟
- نعم  لا
- نعم  لا
- نعم  لا

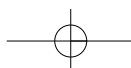


## 5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

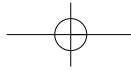
- 1) È sposato?  sì  no
- 2) Convivente con un partner?  sì  no
- 3) Ha figli?  sì  no
- 4) Quanti?
- 5) Di che età?
- 6) I suoi familiari soffrono di malattie importanti, quali a) diabete/ b) ipertensione arteriosa/ c) malattie cardiache/ d) malattie genetiche/ e) allergie/ f) tumori/ g) tubercolosi/ h) infezione da HIV/ i) epatiti/ l) lebbra?
- 7) Fa uso o ha fatto uso di sostanze stupefacenti?  sì  no

## 6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
- 2) Ha avuto gravidanze: a) normali  sì  no  
b) complicate  sì  no  
c) aborti  sì  no
- 3) Ritieni di essere in gravidanza?  sì  no
- 4) Data delle ultime mestruazioni
- Gennaio
- Febbraio
- Marzo
- Aprile
- Maggio
- Giugno
- Luglio
- Agosto
- Settembre 1 - 7
- Ottobre 8 - 14
- Novembre 15 - 21
- Dicembre 22 - 31
- 5) È in menopausa?  sì  no
- 6) Da quanti anni?
- 7) Ha dolori mestruali?  sì  no
- 8) Ha perdite intermestruali?  sì  no
- 9) Ha prurito vaginale?  sì  no
- 10) Ha dolore durante i rapporti sessuali?  sì  no
- 11) Sta allattando?  sì  no
- 12) Prende la pillola?  sì  no
- 13) Assume farmaci per la menopausa?  sì  no
- 14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)?  sì  no
- 15) Ha fatto un pap test?  sì  no
- 16) Quando?
- 17) Ha fatto una mammografia?  sì  no
- 18) Quando?

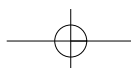






## 7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

- 1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?
- 2) Ha subito:                   a) interventi chirurgici                    si    no  
                                       b) infortuni sul lavoro                    si    no  
                                       c) infortuni a domicilio                si    no
- 3) Da bambino ha avuto:   a) la varicella                            si    no  
                                       b) il morbillo                            si    no  
                                       c) la rosolia                            si    no  
                                       d) gli orecchioni                        si    no  
                                       e) la scarlattina                        si    no  
                                       f) il reumatismo articolare acuto    si    no
- 4) Soffre di:                   a) asma                                    si    no  
                                       b) malattie allergiche b1) respiratorie/  
                                       b2) alimentari/ b3) della pelle?
- 5) Ha contratto:             a) la tubercolosi                        si    no  
                                       b) l'epatite                                si    no  
                                       c) l'infezione da HIV                    si    no  
                                       d) la lebbra                                si    no
- 6) Ha mai avuto tumori?                    si    no
- 7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia?    si    no
- 8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue?    si    no
- 9) Se si, dove e quando è stato trasfuso?
- 10) Soffre di malattie del sangue?                    si    no
- 11) Soffre di emofilia?                            si    no
- 12) Perde sangue con:           a) le feci                                si    no  
                                       b) urine                                    si    no  
                                       c) dal naso                                si    no  
                                       d) dai genitali                          si    no  
                                       e) mentre tossisce                    si    no
- 13) Ha il diabete?                                si    no
- 14) Soffre di malattie:           a) della tiroide                        si    no  
                                       b) del surrene                            si    no  
                                       c) dell'ipofisi                            si    no
- 15) Soffre di malattie del rene?                    si    no
- 16) È in dialisi?                                si    no
- 17) Soffre di malattie:           a) dello stomaco                        si    no  
                                       b) del fegato                            si    no  
                                       c) dell'intestino                        si    no
- 18) Soffre di malattie croniche respiratorie? Manca tutta!!!    si    no
- 19) Ha la pressione:           a) alta                                    si    no  
                                       b) bassa                                  si    no
- 20) Soffre di malattie del cuore? dei vasi sanguigni?  
                                       a) infarto                                si    no  
                                       b) angina                                  si    no



## 7. وصف المرض / إستجواب للمريض

- 1- هل أحضرت معك المستندات الخاصة بالفحوصات الطبية / الإيواء بالمستشفى / العمليات الجراحية / نتائج الدم / الإختبارات الأخرى ؟
- 2 - هل تعرضت :
- (a) لعمليات جراحية ؟
- (b) لإصابات بالعمل ؟
- (c) لإصابات بالمنزل ؟
- (a) الحماق (جذري الماء) ؟
- (b) الحصبة ؟
- (c) الحميراء ؟
- (d) النكاف ؟
- (e) الحمى القرمزية ؟
- (f) ريوماتيسم حاد بالمفاصل ؟
- (a) ضيق في التنفس (أزما) ؟
- (b) أمراض الرئوية تنفسية / غذائية / جلدية ؟
- 3 - هل أصبت في طفولتك بـ
- (a) مرض السل ؟
- (b) بالتهاب الكبد ؟
- (c) بالأيدز ؟
- (d) بمرض الجدام ؟
- 4 - هل لديك :
- (a) هل أصبت بأورام ؟
- (b) هل قمت بإجراء أي علاج أشععي أو كيميائي ؟
- (c) هل تم نقل دم إليك ؟
- (d) إذا كانت إجابتك نعم ، أين و متى تم ذلك ؟
- (e) هل أنت مصاب بأمراض الدم ؟
- (f) هل أنت مصاب بمرض الناعور (الزراف) ؟
- (g) هل تفقد دم :
- (a) مع الغائط
- (b) مع البول
- (c) من الأنف
- (d) من الأعضاء التناسل
- (e) عندما تكحّ ؟
- 5 - هل لديك مرض السكري ؟
- 6 - هل أنت مصاب بأمراض :
- (a) الغدد الدرقية
- (b) الغدة فوق الكلوية
- (c) الغدة النخامية
- 7 - هل لديك أمراض بالكلية ؟
- 8 - هل أنت تحت معالجة لغسيل الكلوي ؟
- 9 - هل لديك أمراض
- (a) بالمعدة
- (b) بالكبد
- (c) بالأمعاء ؟
- 10 - هل ضغط الدم لديك
- (a) مرتفع
- (b) منخفض
- 11 - هل لديك أمراض قلبية ؟ أو بالأوعية الدموية ؟
- (a) إحتشاء
- (b) خناق
- 12 - هل لديك أمراض بالكلية ؟
- 13 - هل أنت تحت معالجة لغسيل الكلوي ؟
- 14 - هل لديك أمراض
- 15 - هل لديك أمراض بالكلية ؟
- 16 - هل أنت تحت معالجة لغسيل الكلوي ؟
- 17 - هل لديك أمراض
- 18 - هل ضغط الدم لديك
- 19 - هل لديك أمراض قلبية ؟ أو بالأوعية الدموية ؟
- 20 - هل لديك أمراض قلبية ؟ أو بالأوعية الدموية ؟

- 21) È portatore di:
- c) aritmia  si  no
  - d) protesi valvolari  si  no
  - e) pacemaker  si  no
  - f) defibrillatore  si  no
- 22) Ha disturbi intestinali?
- a) diarrea  si  no
  - b) stitichezza  si  no
- 23) Ha:
- a) dolori addominali  si  no
  - b) nausea  si  no
  - c) vomito  si  no
- 24) Ha quando urina:
- a) bruciore  si  no
  - b) dolore  si  no
  - c) difficoltà  si  no
- 25) Ha disturbi dell'erezione?
- 26) Deglutisce con difficoltà?
- 27) Rigurgita il cibo?
- 28) È recentemente:
- a) diminuito  si  no
  - b) aumentato di peso  si  no
- 29) Quanto e in quanto tempo?
- 30) Ha febbre?  si  no
- 31) Quanta?
- 32) Quando?
- 33) Ha notato a) ingrossamento/ b) dolore delle ghiandole?
- c) collo  si  no
  - d) inguine  si  no
  - e) ascelle  si  no
- 34) Si sente stanco?
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle?
- 36) Ha sulla pelle:
- a) prurito  si  no
  - b) bruciore  si  no
- 37) Dove è localizzato?
- 38) Ha disturbi della:
- a) vista  si  no
  - b) udito  si  no
- 39) Soffre di:
- a) mal di denti  si  no
  - b) di gola  si  no
- 40) Ha:
- a) dolore al torace  si  no
  - b) tosse  si  no
  - c) catarro  si  no
- 41) Ha dolori:
- a) articolari  si  no
  - b) muscolari  si  no
- 42) Localizzati dove?
- 43) Soffre di mal di testa?  si  no
- 44) Soffre di:
- a) ansia  si  no
  - b) depressione  si  no
  - c) variazioni dell'umore  si  no

- لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم

- لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم

- لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم  
 لا  نعم

- (c) لا إنتظامية  
(21 - d) بدلات صمامية  
(e) منشط قلبي  
(f) مزيل رجفان  
(22 - هل لديك آلام بالأمعاء  
(23 - هل لديك  
(a) إسهال  
(b) إمساك  
(a) آلام بالبطن  
(b) إشمئزاز  
(c) تقياً  
(a) حرقان  
(b) ألم  
(c) صعوبة ؟  
(25 - هل لديك مضايقات عند إنتصاب الذكر ؟  
(26 - هل تبتلع بصعوبة ؟  
(27 - هل تُرجع الغذاء ؟  
(28 - في الفترة الأخيرة هل  
(29 - كم كيلو غرام وفي كم وقت ؟  
(30 - هل لديك حرارة عالية ( حمى ) ؟  
(31 - كم درجاتها ؟  
(32 - متى ؟  
(33 - هل لحظت تورم / ألم في غدد

- (a) الرقبة  
(b) بمنطقة الأعضاء التناسلية (أربية)  
(c) بالإبطيين  
(34 - هل تشعر بنفسك مرهق ؟  
(35 - هل أصبت أو أنت مصاب حالياً بأي مرض جلدي ؟  
(36 - هل تشعر بـ  
(a) الحك  
(b) حرقان البشرة ؟  
(37 - في أي منطقة ؟  
(38 - هل لديك أي خلل في  
(39 - هل لديك :  
(a) ألم بالأسنان  
(b) بالحلق  
(40 - هل لديك :  
(a) ألم بالقفص الصدري  
(b) سعال  
(c) بلغم  
(41 - هل لديك :  
(a) آلام بالمفاصل  
(b) بالعضلات  
(42 - بأي منطقة ؟  
(43 - هل تشعر بألم الرأس ؟  
(44 - هل تشعر :  
(a) بالإكتئاب  
(b) بقلق  
(c) بتقلب في المزاج



- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici  si  no  
b) ricoveri in ospedale  si  no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi  si  no  
b) incidenti stradali  si  no  
c) è stato ferito  si  no  
d) le sono stati dati punti di sutura  si  no
- 48) È stato: a) ingessato  si  no  
b) immobilizzato  si  no
- 49) Ha difficoltà: a) a muoversi  si  no  
b) a camminare  si  no  
c) mantenere l'equilibrio  si  no
- 50) Ha difficoltà: a) a parlare  si  no  
b) pronunciare le parole  si  no  
c) capire quello che le viene detto  si  no
- 51) Ha disturbi della memoria?  si  no
- 52) Ha notato agli arti: a) gonfiore  si  no  
b) dolore  si  no  
c) pallore  si  no  
d) cianosi  si  no
- 53) Ha difficoltà: a) a respirare a riposo  si  no  
b) mentre cammina  si  no  
c) mentre corre  si  no  
d) mentre sale le scale  si  no
- 54) Quanti cuscini usa quando dorme?
- 55) Ha avuto rapporti sessuali: a) occasionali  si  no  
b) omosessuali  si  no
- 56) È stato sottoposto a trapianto di organo?  si  no
- 57) È portatore di handicap fisico psichico, sensoriale?  si  no
- 58) Le persone che vivono con lei hanno o hanno avuto gli stessi sintomi?  si  no

## 8. VISITA MEDICA

- 1) a) Si spogli/ b) si vesta
- 2) Si metta sul lettino a) seduto/ b) sdraiato/ c) supino/ d) prono/  
e) sul fianco destro/ f) sul fianco sinistro/ g) in piedi
- 3) Le misuro a) la pressione/ b) il polso/ c) la febbre
- 4) a) Apra/ b) chiuda la bocca
- 5) a) Respiri/ b) non respiri/ c) tossisca / d) lasci la pancia morbida
- 6) Fa male?  si  no
- 7) Sente?  si  no
- 8) Non sente?  si  no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi

- (a) لعمليات جراحية هل تعرضت :  
(b) الإيواء في المستشفى نعم  لا
- (46 - متى و بأي مستشفى ؟  
(47 - هل تعرضت :  
(a) لإصابات خطيرة  
(b) لحادثة طريق  
(c) هل جُرحت ؟  
(d) هل تم خياطة الجروح ؟  
(a) التعضيد بالجبس ؟  
(c) هل تم منع حركتك ؟  
(a) في التحرك :  
(b) في المشي  
(c) في الحفاظ على التوازن  
(a) في التكلم :  
(b) في نطق الكلمات  
(c) في فهم كلام الآخرين  
(51 - هل لديك صعوبات في الذاكرة ؟  
(52 - هل لاحظت :  
(a) تورم  
(b) ألم  
(c) شحوب اللون  
(d) إحتقان الأطراف ؟  
(a) في التنفس عند الراحة :  
(b) عند المشي  
(c) عند الجري  
(d) عند صعود السلم  
(54 - كم وسادة تستعمل عند النوم ؟  
(55 - هل قمت بممارسة الجنس :  
(a) عشوائياً  
(b) مع أحد من نفس الجنس  
(56 - هل تعرضت لعملية زرع أعضاء جراحياً ؟  
(57 - هل لديك عاهات جسدية أو نفسية أو حسية ؟  
(58 - هل لدى أو كان لدى الأشخاص اللذين تعيش معهم نفس الأعراض التي لديك ؟

### 8. الفحص الطبي

- (1) الرجاء إخلع الملابس / بالإمكان لباسها ؟  
(2) إجلس على السرير/ إستلقي عليه /إنبطح عليه /منكب / على الجنب الأيمن / على الجانب الأيسر/ قف فوقه.  
(3) ساقوم بقياس الضغط/ جس النبض / الحرارة  
(4) إفتح /أغلق فمك  
(5) تنفس / لا تنفس / إسعل / إرخي بطنك  
(6) هل يئلمك ؟  
(7) هل تشعر ؟  
(8) لا تشعر ؟  
(9) أمسك يدي بشدة  
(10) حافظ على رجلك / ذراعك مرتفعة  
(11) أغلق عينيك
- نعم  لا   
نعم  لا   
نعم  لا

- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro  
 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione  
 14) Torni al controllo il giorno

### 9. RICHIESTA DI ESAMI DEL SANGUE/STRUMENTALI

- 1) Le è stata concessa qualche esenzione per patologia o per reddito?  si  no  
 2) Ha una pensione di invalidità?  si  no  
 3) Ha un'esenzione per invalidità civile?  si  no  
 4) Ha un'assicurazione?  si  no  
 5) Deve fare degli esami a) del sangue/ b) delle urine/ c) delle feci  
 6) Deve fare una a) radiografia/ b) ecografia/ c) TAC/ d) RMN/  
 e) elettrocardiogramma/ f) ecocardiogramma/ g) ecocolordoppler/  
 h) gastroscopia/ i) colonscopia  
 7) Deve prenotare una visita specialistica/ a) infettivologica/ b) cardiologica/  
 c) ortopedica/ d) neurologica/ e) ginecologica/ f) dermatologica/  
 g) otorinolaringoiatrica/ h) chirurgica/ i) pediatrica/ l) oculistica/  
 m) odontoiatrica/ n) ematologica/ o) urologica  
 8) Prenoti una a) prima visita/ b) visita di controllo/ c) visita urgente presso  
 9) Deve andare in pronto soccorso  
 10) Deve essere ricoverato in ospedale  
 11) Deve fare a) terapia riabilitativa/ b) terapia fisica  
 (c) ionoforesi/ d) massaggi/ e) tens/ f) trazioni/ g) infiltrazioni)

### 10. FARMACI/VACCINI

- 1) Usa abitualmente farmaci?  si  no  
 2) Quali?  
 3) Per quale malattia?  
 4) Da quanto tempo ha sospeso le medicine?  
 5) Ha una lista completa dei farmaci che usa?  si  no  
 6) È in terapia: a) anticoagulante  si  no  
 b) chemioterapica  si  no  
 7) Fa uso di prodotti omeopatici o erbe medicinali?  si  no  
 8) Quali?  
 9) Da quanto tempo?  
 10) Si è sottoposto a qualche vaccinazione?  si  no  
 11) Quando?  
 12) Quale?  
 13) Ha mai avuto reazioni allergiche da farmaci?  si  no  
 14) Per quali farmaci?  
 15) Quando?

### 11. PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE

Le prescrivo di:

- 1) assumere per bocca a) compresse/ b) pastiglie/ c) gocce/ d) capsule/  
 e) cucchiari di sciroppo

- (12) أمشي سبع خطوات إلى الأمام / إلى الخلف  
 (13) قس في منزلك درجة الحرارة / الضغط  
 (14) إرجع لإعادة الفحص يوم.....

### 9. طلب إختبارات الدم / إختبارات أخرى

- (1) هل تحصلت على إعفاءات متعلقة بأمراض أو متعلقة بالودع الإقتصادي؟  
 نعم  لا  
 (2) هل لديك تقاعد بسبب إعاقة؟  
 نعم  لا  
 (3) هل لديك إعفاء لإعاقة مدنية؟  
 نعم  لا  
 (4) هل لديك تأمين؟  
 نعم  لا  
 (5) يجب إجراء إختبارات الدم / البول / الغائط؟  
 (6) يجب إجراء صورة إشعاعية / صورة بموجات الصدى / صورة مقطعية بالحاسوب / صورة بالرنين المغناطيسي / تخطيط كهربائي قلبي / تخطيط القلب بموجات الصدى / منظار المعدة / منظار الأمعاء

- (7) يجب أن تحجز فحص أخصائي لأمراض معدية / أخصائي قلب / أخصائي عظام / أخصائي أعصاب / أخصائي نساء / أخصائي جلدية / أخصائي أنف و أذن و حنجرة / أخصائي جراحة / أخصائي أطفال / أخصائي عيون / أخصائي أسنان / أخصائي دم / أخصائي مسالك بولية  
 (8) إحجز أول فحص / فحص مراجعة / فحص مستعجل لدى .....  
 (9) يجب الذهاب الى غرفة لإستعجالة  
 (10) يجب الإيواء بالمستشفى  
 (11) يجب إجراء علاج لإعادة التأهيل / علاج بدني /  
 (إيونوفرزي - ionofresi / تدليك / تنس - tens / جر / ارتشاح.

### 10. أدوية / تطعيمات

- (1) في العادة هل تستعمل الأدوية؟  
 نعم  لا  
 (2) أي أدوية؟  
 (3) لأي مرض؟  
 (4) منذ متى أوقفت أخذ الأدوية؟  
 نعم  لا  
 (5) هل لديك قائمة كاملة بالأدوية المستعملة منك؟  
 نعم  لا  
 (6) هل تعالج حالياً بأدوية: (a) مضادة لتجلط الدم  
 نعم  لا  
 (b) عالج كيميائي؟  
 نعم  لا  
 (7) هل تستعمل أدوية طبيعية أو أعشاب طبيعية؟  
 نعم  لا  
 (8) بإمكانك ذكرها؟  
 (9) منذ متى تستعملها؟  
 نعم  لا  
 (10) هل تم تلقحك؟  
 (11) متى؟  
 (12) أي لقاح؟  
 نعم  لا  
 (13) هل سبق أن تعرضت لحساسية من دواء؟  
 (14) من أي دواء؟  
 (15) متى؟

### 11. وصف العلاج

أصف لك :

- (1) الأخذ (بالفم) حبوب / أقراص / قطرات / كبسولات / ملاعق أدوية سائلة (شروبات)

- 2) fare sciacqui con
- 3) fare impacchi con
- 4) fare bagni con
- 5) fare a) aerosol/ b) inalazioni con
- 6) fare iniezioni a) intramuscolo/ b) endovena/ c) sottocute
- 7) fare sciogliere a) compresse effervescenti/ b) bustine/ c) fiale/ d) polvere
- 8) applicare – spalmare a) crema/ b) pomata/ c) tintura/ d) soluzione
- 9) introdurre a) supposta/ b) candeletta vaginale/ c) ovulo vaginale

Il farmaco deve essere somministrato:

- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/  
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/ e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per ... giorni/ b) per ... settimane/ c) per ... mesi/ d) per sempre

Per questa ricetta in farmacia:

- a) non pagherà nulla
- b) pagherà un ticket
- c) pagherà il prezzo intero

## 12. CERTIFICATI

- 1) Le compilo un certificato:
  - a) di buona salute
  - b) assicurativo
  - c) per indennità di malattia
  - d) per attività sportiva
  - e) per infortunio sul lavoro e1) primo/  
e2) continuativo/ e3) di chiusura

- (2) المضمضة بـ .....
- (3) التكميد بـ .....
- (4) الأستحمام بـ .....
- (5) إجراء تبخير / إستنشاق .....
- (6) الحقن في العضلات / بداخل الوريد/ تحت الجلد
- (7) تذويب الأقرص الفوارة / الأكياس / القارورات/ المسحوق
- (8) تطبيق - توزيع كريم / مرهم / صبغة / محلول
- (9) إدخال حمول / حمول مهبلية / بويضة مهبلية

يجب أخذ الدواء :

- (10) كل يوم / بعد كل يومين/ مرة واحدة - مرتين بالأسبوع / حسب الإحتياج
- (11) بالصباح / بالمساء / بالعشية / في نفس الساعة / الصباح و المساء
- (12) بالصباح و العشية و المساء .
- (13) قبل / بعد / بالمعدة معبأة (بعد الأكل) / بالصيام (قبل الأكل).
- (14) لمدة ..... يوم / لمدة..... أسابيع / لمدة.....شهر/ لمدى الحياة.

إمنح هذه الوصفة الى الصيدلية:

- (a) لن تدفع أي مقابل
- (b) ستقوم بدفع قيمة بسيطة
- (c) ستقوم بدفع السعر بالكامل

**12. الشهادات :**

أجهز لك:

- (a) شهادة صحية
- (b) شهادة التأمين
- (c) شهادة لطلب تعويض المرض
- (d) شهادة النشاط الرياضي
- (e) شهادة الإصابة بموقع العمل / الأولية / الأستمرارية / النهائية.

Dottore ho dolore alla testa	يادكتور عندي ألم في رأسي
Dottore mi bruciano gli occhi	يادكتور عندي حرقان بالعيون
Dottore ho dolore alla gola	يادكتور عندي ألم في بلعومي
Dottore ho dolore ai denti	يادكتور عندي ألم في أسناني
Dottore ho mal d'orecchio	يادكتور عندي ألم في أذني
Dottore ho il raffreddore	يادكتور عندي رشح
Dottore mi esce sangue dal naso	يادكتور يخرج دم من أنفي
Dottore ho la febbre	يادكتور عندي حرارة عالية
Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo	يادكتور عندي سعال وأحتاج لشروب
Dottore ho le vertigini	يادكتور عندي دوخان
Dottore ho mal di stomaco	يادكتور عندي ألم بالمعدة
Dottore ho la diarrea	يادكتور عندي إسهال
Dottore ho mal di pancia	يادكتور عندي ألم بالبطن
Dottore ho dolore alla schiena/al braccio/ alla mano/ al piede/al ginocchio/alla caviglia	يادكتور عندي ألم بظهري/ بذراعي/ بيدي/ بقدمي/ بمرفقي / بمفصل رجلي
Dottore mi sono ustionato	يادكتور عندي احتراق ناري
Dottore mi sono scottato al sole	يادكتور عندي احتراق شمس
Dottore ho rotto la dentiera	يادكتور كسرت طاقم الأسنان
Dottore ho bisogno di un antinevralgico	يادكتور أنا باحتياج لمسكن ألم أعصاب
Dottore ho il naso chiuso	يادكتور أنفي مسدود
Dottore vorrei un lassativo	يادكتور أنا باحتياج لملين براز
Dottore vorrei un collirio	يادكتور لقطرة عيون
Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali	يادكتور أنا باحتياج لدواء مخفف للألم العادية الشهرية.
Dottore soffro di a) mal d'auto b) aereo	a) يادكتور أعاني من أ م السفر b) بالسيارة والطيارة
Dottore come si prende questo medicinale?	يادكتور كيف أتناول هذا الدواء ؟
Dottore quante volte al giorno ?	يادكتور كم مرة في اليوم ؟
Dottore ho una puntura di insetto	يادكتور لقد لدغنتي حشرة
Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata	يادكتور عندي الدوالي أنا باحتياج لمرهم
Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare	يادكتور أنا باحتياج لشيء ضد الناموس
Dottore vorrei provare la pressione arteriosa	يادكتور أريد إختبار ضغط الشرايين
Dottore ho bisogno di a) cotone idrofilo b) delle garze c) di bende	a) يادكتور أنا باحتياج لقطن / b) لشرايح قطنية/ c) وضمادات
Dottore ho bisogno di un cerotto	يادكتور أنا باحتياج لشريط لصقة
Dottore ho bisogno di un disinfettante	يادكتور أنا باحتياج لمسائل مطهر
Dottore ho bisogno di un termometro	يادكتور أنا باحتياج لترموتر
Dottore vorrei una siringa	يادكتور أنا باحتياج لمحقنة
Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici	يادكتور أنا باحتياج لعلبة شرايح امتصاص صحية
Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini	يادكتور أنا باحتياج لعلبة حافظات الأطفال
Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati	يادكتور أرغب في إختيار الأكلات الأولية المطحونة
Dottore ho bisogno di un dentifricio	يادكتور أنا باحتياج لمعجون أسنان
Dottore ho bisogno di un collutorio	يادكتور أنا باحتياج لغسول فم
Dottore vorrei un prodotto omeopatico	يادكتور أنا باحتياج لدواء من الأعشاب
Dottore vorrei una pillola anticoncezionale	يادكتور أنا باحتياج لحبوب ضد الحمل
Dottore vorrei un antibiotico	يادكتور أنا باحتياج لمضاد حيوي

Antibiotico	مضاد حيوي
Analgesico/antidolorifico	مسكن ألم
Antiparassitario	قاتل فطريات
Assorbenti	شرايح إمتصاص
Biopsia	سحب خلايا نسيجية
Bustine	أكياس
Cerotto	شريط لصقة
Collutorio	غسول فم
Colonscopia	منظار قولون
Compresse	أقراص
Crema	كريم
Dentifricio	معجون أسنان
Diabete	مرض السكر
Disinfettante	سائل تعقيم
Ecografia	صورة بموجات الصدي
Febbre	حمي/حرارة عالية
Garza	شرايح قطنية
Gastrosocopia	منظار معدة
Granulato	حببيبات
Ipertensione	فرط ضغط الدم
Lassativo	ملين براز
Lavanda ginecologica	غسيل المهبل
Lozione	غسول
Mammografia	كشف شعاعي للثدي
Ovuli	لبوس مهبلية
Pap-test	إختبار خلايا الرحم والمهبل
Pomata	مرهم
Prelievo del sangue	سحب عينة دم
Radiografia	صورة أشعة
Sedativo	مسكن عام
Sciroppo	شروب
Siringa	محقنة / إبرة
Supposta	لبوس
Spazzolino	فرشاة أسنان
Termometro	ترمومتر / مقياس حرارة
Test di gravidanza	إختبار الحمل
Tisana	مشروب أعشاب
Vaccinazione	تطعيم
Vaccino	محلول التطعيم