

FRANCESE

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

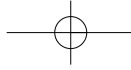
- 1) Dove vive?
- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a) in un appartamento | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| b) in uno stabile abbandonato | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| c) all'addiaccio | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
- 2) Convive con altre persone?
- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
- 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?
- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
- 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?



Guide sanitaire multilingue pour les habitants et les opérateurs sanitaires

Guide à l'anamnèse et à la thérapie

SECTION POUR LE MÉDECIN/LE PHARMACIEN ET L'OPÉRATEUR SANITAIRE

4

1. PAYS D'ORIGINE – VOYAGES

- 1) Quel est votre Pays d'origine?
- 2) Parlez-vous et comprenez-vous: a) l'italien oui non
b) l'anglais oui non
c) le français oui non
- 3) Quel est le dernier pays que vous avez visité?

2. CONDITIONS AMBIANTES – DE LOGEMENT

- 1) Où vivez-vous? a) dans un appartement oui non
b) dans un immeuble abandonné oui non
c) à la belle étoile oui non
- 2) Vivez-vous avec d'autres personnes? oui non
- 3) Dans votre logement y a-t-il: a) l'eau courante oui non
b) le chauffage oui non
c) la salle de bains? oui non
- 4) Y a-t-il des animaux dans votre logement? oui non
- 5) Vivez-vous: a) à la campagne oui non
b) en ville oui non

3. REGIME

- 1) Consommez-vous des boissons alcoolisées? oui non
- 2) Combien de verres par jour?
- 3) Avez-vous mangé des aliments crus? oui non
- 4) Avez-vous bu de l'eau non embouteillée? oui non
- 5) Avez-vous bu du lait frais non conditionné? oui non

4. PROFESSION/TEMPS LIBRE

- 1) Quelle est votre profession? a) Agriculteur/ b) maçon/ c) ouvrier dans l'industrie alimentaire/d) industrie textile/ e) industrie mécanique/ f) typographe/ g) plombier/ h) employé/ i) ménagère/ l) assistante auprès de personnes âgées ou handicapées/ m) peintre en bâtiment/ n) cadre/ o) profession libérale/ p) commerçant
- 2) Est-ce que votre travail implique des contacts avec des substances chimiques? oui non
- 3) Avant votre profession actuelle, avez-vous exercé d'autres professions? Lesquelles?

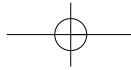
- 4) Lavora: a) all'aperto si no
b) in ambiente chiuso si no

5. ANAMNESI FAMILIARE - FISIOLOGICA

- 1) È sposato? si no
2) Convivente con un partner? si no
3) Ha figli? si 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? si no

6. ANAMNESI GINECOLOGICA

- 1) A quanti anni ha avuto le prime mestruazioni?
2) Ha avuto gravidanze: a) normali si no
b) complicate si no
c) aborti si no
3) Ritiene di essere in gravidanza? si 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? si no
6) Da quanti anni?
7) Ha dolori mestruali? si no
8) Ha perdite intermestruali? si no
9) Ha prurito vaginale? si no
10) Ha dolore durante i rapporti sessuali? si no
11) Sta allattando? si no
12) Prende la pillola? si no
13) Assume farmaci per la menopausa? si no
14) Le è stata posizionata una spirale (IUD)? si no
15) Ha fatto un pap test? si no



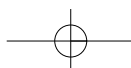
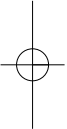
- 4) Travaillez-vous: a) en plein-air oui non
 b) dans un lieu couvert oui non

5. ANAMNESE FAMILIALE - PHYSIOLOGIQUE

- 1) Etes-vous marié? oui non
 2) Avez-vous un partenaire? oui non
 3) Avez-vous des enfants? oui non
 4) Combien?
 5) De quel âge?
 6) Vos parents souffrent-ils de maladies importantes telles que a) diabète/
 b) hypertension artérielle/ c) maladies cardiaques/ d) maladies génétiques/
 e) allergies/ f) cancers/ g) tuberculose/ h) infections de HIV/ i) hépatites/
 l) lèpre?
 7) Faites-vous ou avez-vous fait usage de substances stupéfiantes? oui non

6. ANAMNESE GYNECOLOGIQUE

- 1) A quel âge avez-vous eu vos premières menstruations?
 2) Avez-vous eu des grossesses: a) normales oui non
 b) compliquées oui non
 c) fausses couches oui non
 3) Croyez-vous être enceinte? oui non
 4) Quand avez-vous eu vos dernières règles?
 Janvier
 Février
 Mars
 Avril
 Mai
 Juin
 Juillet
 Août
 Septembre 1 - 7
 Octobre 8 - 14
 Novembre 15 - 21
 Décembre 22 - 23
 5) Etes-vous ménopausé? oui non
 6) Depuis combien d'années?
 7) Souffrez-vous de douleurs menstruelles? oui non
 8) Avez-vous des pertes intermenstruelles? oui non
 9) Avez-vous du prurit vaginal? oui non
 10) Avez-vous des douleurs durant les rapports sexuels? oui non
 11) Etes-vous en train d'allaiter? oui non
 12) Prenez-vous la pilule? oui non
 13) Prenez-vous des médicaments pour la ménopause? oui non
 14) Avez-vous une spirale (IUD)? oui non
 15) Avez-vous déjà fait un frottis? oui non



16) Quando?

17) Ha fatto una mammografia?

 si no

18) Quando?

7. ANAMNESI PATOLOGICA/INTERVISTA AL PAZIENTE

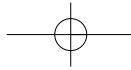
1) Ha con se documentazione medica di a) visite/ b) ricoveri/ c) interventi chirurgici/ d) esami del sangue/ e) esami strumentali?

2) Ha subito: a) interventi chirurgici si nob) infortuni sul lavoro si noc) infortuni a domicilio si no3) Da bambino ha avuto: a) la varicella si nob) il morbillo si noc) la rosolia si nod) gli orecchioni si noe) la scarlattina si nof) il reumatismo articolare acuto si no4) Soffre di: a) asma si no

b) malattie allergiche b1) respiratorie/

b2) alimentari/ b3) della pelle?

5) Ha contratto: a) la tubercolosi si nob) l'epatite si noc) l'infezione da HIV si nod) la lebbra si no6) Ha mai avuto tumori? si no7) Ha mai fatto radioterapia o chemioterapia? si no8) Ha mai ricevuto trasfusioni di sangue? si no9) Se si, dove e quando è stato trasfuso? si no10) Soffre di malattie del sangue? si no11) Soffre di emofilia? si no12) Perde sangue con: a) le feci si nob) urine si noc) dal naso si nod) dai genitali si noe) mentre tossisce si no13) Ha il diabete? si no14) Soffre di malattie: a) della tiroide si nob) del surrene si noc) dell'ipofisi si no15) Soffre di malattie del rene? si no16) È in dialisi? si no17) Soffre di malattie: a) dello stomaco si nob) del fegato si noc) dell'intestino si no18) Soffre di malattie croniche respiratorie? si no

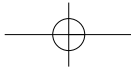


- 16) Quand? oui non
 17) Avez-vous fait une mammographie? oui non
 18) Quand?

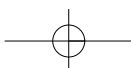
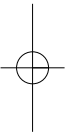
7. ANAMNESE PATHOLOGIQUE/INTERVIEW AU PATIENT

- 1) Avez-vous apporté une documentation médicale concernant a) visites/
 b) hospitalisations/ c) interventions chirurgicales/ d) examens du sang/
 e) examens instrumentaux? oui non
- 2) Avez-vous subi: a) des interventions chirurgicales oui non
 b) des accidents du travail oui non
 c) des accidents domestiques? oui non
- 3) Avez-vous eu en bas âge: a) la varicelle oui non
 b) la rougeole oui non
 c) la rubéole oui non
 d) les oreillons oui non
 e) la scarlatine oui non
 f) des rhumatismes articulaires aigus oui non
- 4) Souffrez-vous: a) d'asthme oui non
 b) de maladies allergiques b1) respiratoires/
 b2) alimentaires/ b3) cutanées? oui non
- 5) Avez-vous eu: a) la tuberculose oui non
 b) l'hépatite oui non
 c) des infections de HIV oui non
 d) la lèpre oui non
- 6) Avez-vous été atteint de cancers? oui non
- 7) Avez-vous subi une radiothérapie ou une chimiothérapie? oui non
- 8) Avez-vous subi des transfusions sanguines? oui non
- 9) Si oui, où et quand avez-vous été transfusé? oui non
- 10) Souffrez-vous de maladies du sang? oui non
- 11) Souffrez-vous d'hémophilie? oui non
- 12) Pertes de sang: a) dans les selles oui non
 b) les urines oui non
 c) des saignements du nez oui non
 d) des organes génitaux oui non
 e) pendant que vous toussiez oui non
- 13) Avez-vous le diabète? oui non
- 14) Souffrez-vous de maladies: a) de la thyroïde oui non
 b) des surrénales oui non
 c) de l'hypophyse oui non
- 15) Souffrez-vous de maladies rénales? oui non
- 16) Etes-vous dialysé? oui non
- 17) Souffrez-vous de maladies: a) de l'estomac oui non
 b) du foie oui non
 c) de l'intestin oui non
- 18) Souffrez-vous de maladies chroniques respiratoires? oui non

- 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
c) aritmia si no
- 21) È portatore di: a) protesi valvolari si no
b) pacemaker si no
c) 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? si no
- 26) Deglutisce con difficoltà? si no
- 27) Rigurgita il cibo? si no
- 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? si no
- 35) Soffre o ha sofferto di qualche malattia della pelle? si no
- 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?



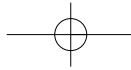
- 19 Avez-vous: a) de l'hypertension oui non
 b) de hypotension oui non
- 20) Avez-vous des maladies du cœur/ des vaisseaux sanguins?
 a) infarctus oui non
 b) angine de poitrine oui non
 c) arythmies oui non
- 21) Etes-vous porteur: a) prothèses valvulaires oui non
 b) pacemaker oui non
 c) défibrillateur oui non
- 22) Avez-vous des troubles intestinaux? a) diarrhée oui non
 b) constipation oui non
- 23) Avez-vous des douleurs: a) abdominales oui non
 b) nausées oui non
 c) vomissements oui non
- 24) Avez-vous lorsque vous urinez: a) brûlures oui non
 b) douleurs oui non
 c) difficultés oui non
- 25) Avez-vous des problèmes d'érection? oui non
- 26) Déglutissez-vous avec difficulté? oui non
- 27) Régurgitez-vous les aliments? oui non
- 28) Avez-vous récemment: a) maigri oui non
 b) grossi oui non
- 29) Combien de kilos et en combien de temps?
- 30) Avez-vous de la fièvre? oui non
- 31) Combien?
- 32) Quand?
- 33) Avez-vous remarqué un a) grossissement/ b) douleur aux glandes?
 c) du cou oui non
 d) de l'aîne oui non
 e) des aisselles oui non
- 34) Vous sentez-vous fatigué? oui non
- 35) Souffrez-vous ou avez-vous souffert de maladies de la peau? oui non
- 36) Avez-vous des sur la peau: a) démangeaisons oui non
 b) brûlures oui non
- 37) Où sont-elles localisées?
- 38) Avez-vous des troubles: a) de la vue oui non
 b) de l'ouïe oui non
- 39) Avez-vous mal: a) aux dents oui non
 b) la gorge oui non
- 40) Avez-vous des douleurs: a) au thorax oui non
 b) toux oui non
 c) catarrhe oui non
- 41) Avez-vous des douleurs: a) articulaires oui non
 b) musculaires oui non
- 42) Où sont-elles localisées?



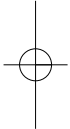
- 43) Soffre di mal di testa? si no
- 44) Soffre di: a) ansia si no
 b) depressione si no
 c) variazioni dell'umore si no
- 45) Ha subito: a) interventi chirurgici si no
 b) ricoveri in ospedale si no
- 46) Quando e in quale ospedale?
- 47) Ha subito: a) traumi si no
 b) incidenti stradali si no
 c) 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



- 43) Souffrez-vous de maux de tête? oui non
- 44) Avez-vous des crises: a) d'anxiété oui non
b) de dépression oui non
c) de changements d'humeur oui non
- 45) Avez-vous subi: a) des interventions chirurgicales oui non
b) vez-vous été hospitalisé oui non
- 46) Quand et dans quel hôpital?
- 47) Avez-vous subi: a) des traumatismes oui non
b) des accidents de la route oui non
c) avez-vous été blessé oui non
d) vous a-t-on donné des points de suture oui non
- 48) Avez-vous été: a) plâtré oui non
b) immobilisé oui non
- 49) Avez-vous des difficultés: a) à bouger oui non
b) marcher oui non
c) maintenir l'équilibre oui non
- 50) Avez-vous des difficultés: a) à parler oui non
b) prononcer les mots oui non
c) comprendre ce que l'on vous dit oui non
- 51) Avez-vous des troubles de mémoire? oui non
- 52) Avez-vous remarqué des membres? a) enflures oui non
b) douleurs oui non
c) pâleur oui non
d) cyanose oui non
- 53) Avez-vous des difficultés: a) à respirer au repos oui non
b) pendant que vous marchez oui non
c) pendant que vous courez oui non
d) pendant que vous montez des escaliers oui non
- 54) Combien de coussins utilisez-vous lorsque vous dormez?
- 55) Avez-vous eu des rapports sexuels: a) occasionnels oui non
b) homosexuels oui non
- 56) Avez-vous subi une transplantation d'organe? oui non
- 57) Etes-vous porteur d'un handicap psychophysique, sensoriel? oui non
- 58) Les personnes qui vivent avec vous ont/ont eu les mêmes symptômes? oui non



8. VISITE MEDICALE

- 1) a) Déshabillez-vous/ b) rhabillez-vous
- 2) Mettez-vous sur le lit a) assis/ b) allongé/ c) sur le dos/ d) sur le ventre/
e) sur le côté droit/ f) sur le côté gauche/ g) debout
- 3) Je vous mesure a) la tension/ b) le pouls/ c) la fièvre
- 4) a) Ouvrez/ b) fermez la bouche
- 5) a) Respirez/ b) Ne respirez pas/ c) Toussez/ d) Relâchez votre ventre
- 6) Ça vous fait mal? oui non
- 7) Vous sentez? oui non



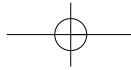
- 8) Non sente? si no
- 9) Stringa la mia mano
- 10) Mantenga sollevata a) la gamba/ b) il braccio
- 11) Chiuda gli occhi
- 12) Cammini 7 passi a) avanti/ b) indietro
- 13) A casa misuri a) la temperatura/ b) la pressione
- 14) Torni al controllo il giorno

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



- 8) Vous ne sentez-pas? oui non
- 9) Serrez ma main
- 10) Maintenez soulevée a) la jambe/ b) le bras
- 11) Fermez les yeux
- 12) Faites 7 pas a) en avant/ b) en arrière
- 13) A la maison mesurez a) la fièvre/ b) la tension
- 14) Retournez pour un contrôle le

9. DEMANDE D'EXAMENS DU SANG/INSTRUMENTAUX

- 1) Une exemption médicale pour une pathologie ou pour vos revenus vous a-t-elle été accordée? oui non
- 2) Touchez-vous une pension d'invalidité? oui non
- 3) Avez-vous un exemption pour invalidité civile? oui non
- 4) Avez-vous une assurance? oui non
- 5) Vous devez faire des examens a) du sang/ b) des urines/ c) des selles
- 6) Vous devez faire une a) radiographie/ b) échographie/ c) scanner/ IRM résonance magnétique/ d) électrocardiogramme/ e) échodoppler/ f) Echodoppler couleur/ g) gastroscopie/ h) colonoscopie
- 7) Vous devez prendre rendez-vous chez un spécialiste en a) infectiologie/ b) cardiologie/ c) orthopédie/ d) neurologie/ e) gynécologie/ f) dermatologie/ g) oto-rhino-laryngologie/ h) chirurgie/ i) pédiatrie/ l) ophtalmologie/ m) odontologie/ n) hématologie/ o) urologie
- 8) Prenez rendez-vous pour une a) première visite/ b) visite de contrôle/ c) visite urgente chez
- 9) Vous devez aller aux urgences
- 10) Vous devez être hospitalisé
- 11) Vous devez faire une a) thérapie de rééducation/ b) thérapie physique (c) ionophorèse/ d) massages/ e) TENS/ f) tractions/ g) infiltrations)

4

10. MEDICAMENTS/ VACCINS

- 1) Prenez-vous habituellement des médicaments? oui non
- 2) Lesquels?
- 3) Pour quelle maladie?
- 4) Depuis combien de temps ne prenez-vous plus de médicaments?
- 5) Avez-vous une liste complète des médicaments que vous prenez? oui non
- 6) C'est une thérapie: a) anti-coagulante oui non
b) chimiothérapie oui non
- 7) Utilisez-vous des produits homéopathiques ou des herbes médicinales? oui non
- 8) Lesquelles?
- 9) Depuis combien de temps?
- 10) Avez-vous été vacciné? oui non
- 11) Quand?
- 12) Quelle vaccination?
- 13) Avez-vous eu des réactions allergiques provoquées par des médicaments? oui non

- 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
- 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:

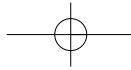
- 10) a) ogni giorno/ b) a giorni alterni/ c) una volta - d) due volte - alla settimana/
e) al bisogno
- 11) a) alla mattina/ b) alla sera/ c) al pomeriggio/ d) alla stessa ora/
e) mattina e sera
- 12) mattina, pomeriggio e sera
- 13) a) prima di/ b) dopo/ c) a stomaco pieno/ d) a digiuno
- 14) a) per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



- 14) Quels médicaments?
- 15) Quand?

11. PRESCRIPTIONS THERAPEUTIQUES

Je vous prescris de:

- 1) prendre par voie orale a) des comprimés/ b) des pastilles/ c) des gouttes/ d) des capsules/ e) des cuillerées de sirop
- 2) faire des bains de bouche avec
- 3) faire des compresses avec
- 4) faire des bains avec
- 5) faire des a) aérosols/ b) inhalations avec
- 6) faire des piqûres a) intramusculaires/ b) intraveineuses/ c) sous-cutanées
- 7) dissoudre a) les comprimés effervescents/ b) les sachets/ c) les ampoules/ d) la poudre
- 8) appliquer - étaler a) la crème/ b) la pommade/ c) la teinture/ d) la solution
- 9) introduire a) un suppositoire/ b) une capsule vaginale/ c) un ovule vaginal

Le médicament doit être administré:

- 10) a) tous les jours/ b) à jours alternes/ c) une fois – deux fois – par semaine/ d) selon besoin
- 11) a) le matin/ b) le soir/ c) l'après-midi/ d) à la même heure/ e) matin et soir
- 12) matin, après-midi et soir
- 13) a) avant de/ b) après/ c) après avoir mangé/ d) à jeun
- 14) pendant jours/ pendantsemaines/ pendant mois/ toujours

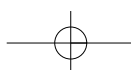
Présentez cette ordonnance à la pharmacie:

- a) vous ne payerez rien
- b) vous payerez un ticket modérateur
- c) vous payerez la totalité du prix

12. CERTIFICATS

1) Je vous rédige un certificat:

- a) de bonne santé
- b) pour l'assurance
- c) pour demander l'indemnité maladie
- d) pour activité sportive
- e) pour accident du travail/ e1) premier/ e2) continu/ e3) définitif



| | |
|--|--|
| Dottore ho dolore alla testa | Docteur, j'ai mal à la tête |
| Dottore mi bruciano gli occhi | Docteur, j'ai les yeux qui brûlent |
| Dottore ho dolore alla gola | Docteur, j'ai mal à la gorge |
| Dottore ho dolore ai denti | Docteur, j'ai mal aux dents |
| Dottore ho mal d'orecchio | Docteur, j'ai mal aux oreilles |
| Dottore ho il raffreddore | Docteur, je suis enrhumé |
| Dottore mi esce sangue dal naso | Docteur, je saigne du nez |
| Dottore ho la febbre | Docteur, j'ai de la fièvre |
| Dottore ho la tosse, vorrei uno sciroppo | Docteur, je tousse, je voudrais un sirop |
| Dottore ho le vertigini | Docteur, j'ai des vertiges |
| Dottore ho mal di stomaco | Docteur, j'ai mal à l'estomac |
| Dottore ho la diarrea | Docteur, j'ai la diarrhée |
| Dottore ho mal di pancia | Docteur, j'ai mal au ventre |
| Dottore ho dolore a) alla schiena/ b) al braccio/ c) alla mano/ d) al piede/ e) al ginocchio/ f) alla caviglia | Docteur, j'ai mal a) au dos/ b) au bras/ c) à la main/ d) au pied/ e) au genou/ f) à la cheville |
| Dottore mi sono ustionato | Docteur, je me suis brûlé |
| Dottore mi sono scottato al sole | Docteur, j'ai pris un coup de soleil |
| Dottore ho rotto la dentiera | Docteur, j'ai cassé mon dentier |
| Dottore ho bisogno di un antinevralgico | Docteur, j'ai besoin d'un antinévralgique |
| Dottore ho il naso chiuso | Docteur, j'ai le nez bouché |
| Dottore vorrei un lassativo | Docteur, je voudrais un laxatif |
| Dottore vorrei un collirio | Docteur, je voudrais un collyre |
| Dottore vorrei qualcosa per i dolori mestruali | Docteur, je voudrais quelque chose pour les douleurs menstruelles |
| Dottore soffro di mal a) d'auto/ b) aereo | Docteur, j'ai mal au cœur a) en voiture/ b) en avion |
| Dottore come si prende questo medicinale? | Docteur, comment prend-t-on ce médicament? |
| Dottore quante volte al giorno? | Docteur, combien de fois par jour? |
| Dottore ho una puntura di insetto | Docteur, un insecte m'a piqué |
| Dottore ho le vene varicose, vorrei una pomata | Docteur, j'ai des varices, je voudrais une pommade |
| Dottore vorrei qualcosa contro le zanzare | Docteur, je voudrais un produit contre les moustiques |
| Dottore vorrei provare la pressione arteriosa | Docteur, je voudrais mesurer ma tension (artérielle) |
| Dottore ho bisogno a) del cotone idrofilo/ b) delle garze/ c) di bende | Docteur, j'ai besoin a) de coton hydrophile/ b) de gazes/ c) de bandes |
| Dottore ho bisogno di un cerotto | Docteur, j'ai besoin d'un sparadrap |
| Dottore ho bisogno di un disinfettante | Docteur, j'ai besoin d'un désinfectant |
| Dottore ho bisogno di un termometro | Docteur, j'ai besoin d'un thermomètre |
| Dottore vorrei una siringa | Docteur, je voudrais une seringue |
| Dottore ho bisogno di un pacco di assorbenti igienici | Docteur, j'ai besoin de serviettes hygiéniques |
| Dottore ho bisogno di un pacco di pannolini per bambini | Docteur, j'ai besoin d'un paquet de couches pour bébés |
| Dottore vorrei scegliere degli omogeneizzati | Docteur, je voudrais choisir des petits pots homogénéisés |
| Dottore ho bisogno di un dentifricio | Docteur, j'ai besoin d'un dentifrice |
| Dottore ho bisogno di un collutorio | Docteur, j'ai besoin d'un collutoire |
| Dottore vorrei un prodotto omeopatico | Docteur, je voudrais un produit homéopathique |
| Dottore vorrei una pillola anticoncezionale | Docteur, je voudrais une pilule anticonceptionnelle |
| Dottore vorrei un antibiotico | Docteur, je voudrais un antibiotique |

| | |
|---------------------------|-------------------------|
| Antibiotico | Antibiotique |
| Analgesico/antidolorifico | Analgésique/antidouleur |
| Antiparassitario | Antiparasitaire |
| Assorbenti | Serviettes hygiéniques |
| Biopsia | Biopsie |
| Bustine | Sachets |
| Cerotto | Sparadrap |
| Collutorio | Collutoire |
| Colonscopia | Coloscopie |
| Compresse | Comprimés |
| Crema | Crème |
| Dentifricio | Dentifrice |
| Diabete | Diabète |
| Disinfettante | Désinfectant |
| Ecografia | Ecographie |
| Febbre | Fièvre |
| Garza | Gaze |
| Gastroscofia | Gastroscope |
| Granulato | Granulé |
| Ipertensione | Hypertension |
| Lassativo | Laxatif |
| Lavanda ginecologica | Injection vaginale |
| Lozione | Lotion |
| Mammografia | Mammographie |
| Ovuli | Ovules |
| Pap-test | Frottis |
| Pomata | Pommade |
| Prelievo del sangue | Prise de sang |
| Radiografia | Radiographie |
| Sedativo | Sédatif |
| Sciroppo | Sirop |
| Siringa | Seringue |
| Supposta | Suppositoire |
| Spazzolino | Brosse (à dents) |
| Termometro | Thermomètre |
| Test di gravidanza | Test de grossesse |
| Tisana | Tisane |
| Vaccinazione | Vaccination |
| Vaccino | Vaccin |